

KJØNNSPARADOKSET

**Prosjektoppgave i videreutdanning
i selvmordsforebyggende arbeid 2003.**

Oddrun Burheim.

INNHold.

1. 0.	INNLEDNING.....	s 4
1. 1.	Definisjoner.....	s 6
2. 0.	KJØNNSPARADOKSET I TALL.....	s 8
2. 1.	Selv mord og kjønn i den vestlige verden.....	s 8
2. 2.	Selv mord i forhold til kjønn og alder.....	s 9
2. 3.	Historikk og utvikling.....	s 9
2. 4.	Selv mordsforsøk og kjønn i den vestlige verden.....	s 10
2. 5.	Avsluttende kommentar	s 12
3. 0.	PSYKISKE LIDELSER OG RUSMIDLER.....	s 13
3. 1.	Depresjon.....	s 14
3. 2.	Schizofreni og personlighetsforstyrrelser.....	s 15
3. 3.	Rusmidler.....	s 16
3. 4.	Rusmisbruk hos menn og depresjon hos kvinner.....	s 17
3. 5.	Avsluttende kommentar	s 18
4. 0.	BIOLOGISKE FORHOLD.....	s 19
4. 1.	Avsluttende kommentar.....	s 20
5. 0.	METODER.....	s 21
5. 1.	Metoder ved selv mord.....	s 21
5. 2.	Metoder ved selv mordsforsøk.....	s 23
5. 3.	Tilgjengelighet til og fortrolighet med metoder.....	s 24
5. 4.	Avsluttende kommentar	s 25
6. 0.	INTENSJON.....	s 26
6. 1.	Avsluttende kommentar	s 27
7. 0.	SELVMORDSFORSØK I FORHOLD TIL SELVMORD.....	s 28
7. 1.	Avsluttende kommentar	s 29

8.0.	SOSIALE OG ØKONOMISKE FAKTORER.....	s 30
8. 1.	Avsluttende kommentar	s 31
9. 0.	NEGATIVE LIVSHENDELSER.....	s 32
9. 1.	Avsluttende kommentar	s 33
10. 0.	KULTURELLE FORHOLD.....	s 34
10. 1.	Avsluttende kommentar	s 36
11. 0.	DISKUSJON.....	s 37
12. 0.	KONKLUSJON.....	s 41
	REFERANSER.....	s 42

1. 0. INNLEDNING.

I hele den vestlige verden er det flere menn enn kvinner som gjør selvmord (Canetto og Lester 1995). Registreringer av selvmordsforsøk viser et motsatt bilde, nemlig at kvinner oftere enn menn gjør selvmordsforsøk (Hjelmeland et al 2002, Schmidtke et al 1996). Denne motsetningen innenfor selvmordsatferd har blitt kalt kjønnsparadokset (Silverman 1998, Canetto og Sakinofsky 1998). Silverman (1998) beskriver kjønnsparadokset på følgende måte: ” – *females attempt suicide more often than males, and males die by suicide more often than females. This gender paradox* - ”. Betydningen av begrepet kjønnsparadoks har av enkelte andre vært begrenset til det forholdet at flere kvinner enn menn har depresjon, samtidig som flere menn enn kvinner gjør selvmord (Ringskog 2001, Murphy 1998). Det er den motsetningen Silverman (1998) beskriver som det hentydes til når begrepet kjønnsparadokset blir brukt i denne prosjektoppgaven.

Hva er et paradoks? Begrepet kommer fra gresk, og er sammensatt av para = mot og doxa = mening. I fagene matematikk og filosofi er det skrevet mye om hva et paradoks egentlig er, og disse definisjonene på paradoks er kompliserte og omfattende (Mark-Wogau 1969, Thompson og Martinsson 1997). Innenfor selvmordsatferd er det mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i en allmenn definisjon av begrepet paradoks, og det er en allmenn forståelse som blir lagt til grunn for begrepet i denne prosjektoppgaven. I definisjonene i ulike leksika blir det lagt vekt på at en paradoksal uttalelse inneholder en selvmotsigelse, en logisk urimelighet. Paradokset er gjerne uttrykt i en tilspisset og overraskende form og er i strid med alminnelig oppfatning (Bull et al 1972, Knudsen og Sommerfelt 1947). På bakgrunn av definisjonene fra disse leksika kan en si at et paradoks kan synes urimelig, ulogisk og selvmotsigende. Det er dette som er kjernen i et paradoks, nemlig at noe som kan synes ulogisk likevel er et faktum.

Selv mord og selvmordsforsøk er ett og samme fagområde og omtales under ett som selvmordsatferd. Selvmordsforsøk har vært beskrevet som, og forstått som en forløper til selvmordet. Heeringen og kolleger (2000) skriver følgende: ” ..*suicidal ideation and non-fatal suicidal behavior are commonly steps in a process that may well lead to suicide*”. Slik kan selvmord og selvmordsforsøk forstås som atferd med tilsynelatende samme psykologi. Begrepet selvmordsprosessen beskrives som en prosess som starter med selvmordstanker, kan

føre til selvmordsforsøk og endelig kan føre til selvmord (Retterstøl et al 2002, Heeringen et al 2000). Dersom all selvmordsatferd forstås som en slik prosess, blir det f.eks. vanskelig å forstå at såpass mange menn som gjør selvmord ikke har gjort tidligere selvmordsforsøk, og likeledes at så mange flere av selvmordsforsøkene blant kvinner enn blant menn ikke fører til selvmord. Når selvmordsforsøk og selvmord betraktes som atferd med samme psykologi, kan det synes paradoksalt at nettopp selvmordsforsøk og selvmord er motsatt fordelt hos to befolkningsgrupper, nemlig hos kvinner og hos menn.

Dersom noe tilsynelatende ulogisk likevel er faktum, kan det tyde på at det finnes faktorer man ikke tar hensyn til, eller det kan bety at vi overser vesentlige sammenhenger eller momenter. Mange forskere og fagfolk har undret seg over motsetningene mellom kjønnene innen selvmordsatferd, og har fordypet seg i spørsmålet for å finne mulige forklaringer. (Hjelmeland 1997, Canetto og Sakinofsky 1998, Ringskog 2001, Moscicki 1994, Brockington 2001)

Problemstilling:

Problemstillingen med denne prosjektoppgaven blir dermed å utforske kjønnsparadokset i den vestlige verden. Først vil jeg trekke fram empiri som kan belyse hvorvidt det faktisk er slik at menn oftere enn kvinner gjør selvmord, samtidig som kvinner oftere enn menn gjør selvmordsforsøk. Videre vil jeg gjennomgå sentrale teorier og forskningsresultater som eventuelt kan bidra til å forklare det tilsynelatende selvmotsigende i kjønnsparadokset. Jeg vil se på risikofaktorer og forhold som kan ha betydning for selvmordsatferd, spesielt med tanke på kjønn. Oppgaven avsluttes med stillingstagen til hvorvidt empiri og teorier som det vises til kan bidra til forklaringer på kjønnsparadokset.

1. 1. Definisjoner.

Det er behov for å avklare bruken av og betydningen av enkelte begreper som benyttes i oppgaven. De fleste begrepene avklares i begynnelsen av de kapitlene der de naturlig taes i bruk. Enkelte sentrale begrep er det likevel behov for å si noe om her i innledningen. Begrepet kjønnsparadokset er det gjort rede for i begynnelsen av innledningen. De øvrige begrepene som avklares her i innledningen er selvmord, selvmordsforsøk, selvmordsatferd og risikofaktor.

Selvord:

Selvord er av Stengel definert som *"en bevisst og villet handling, som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden"* (Mehlum 1999). I daglig tale har det vært vanlig å bruke uttrykket "å begå selvmord". Retterstøl og kolleger (2002) tar til orde for å bruke f.eks. uttrykket "å gjøre selvmord" isteden, et uttrykk som også gjennomgående blir brukt i denne oppgaven.

Selvordsforsøk:

Det er flere begreper i bruk om selvmordsatferd som ikke fører til døden, og dette gjør feltet noe uoversiktlig og valg av begrep vanskelig. Dette er begreper som parasuicid, villet egenskade, selvmordsforsøk, non-fatal suicidal behavior, ikke-dødelig selvmordsatferd (Hjelmeland og Knizek 1999, Kerkhof 2000). Hawton og Heeringen (2000) argumenterer for at det ikke bør legges for stor vekt på dødsintensjon ved valg av begrep, siden ambivalens med hensyn til intensjon er vanlig ved selvmordsatferd. Variasjonene med hensyn til medisinsk alvorlighet og de metodene som brukes er store (Hawton og Heeringen 2000). Det er ikke nødvendigvis slik at de som påfører seg selv en liten skade ikke har intensjon om å dø (Kerkhof 2000). I denne prosjektoppgaven er det valgt å bruke begrepet selvmordsforsøk som gjennomgående begrep, og da slik som Hawton og Heeringen (2000) beskriver det innledningsvis i *"The international handbook of suicide and attempted suicide"*: *"...the term attempted suicide is used in this book to describe self-inflicted behaviours with a non-fatal outcome, irrespective of whether death was intended"*. Der det henvises til artikler som bruker andre begreper, blir det begrepet som brukes i vedkommende artikkel benyttet.

Selvmondsatferd:

Selvmondsatferd er alle handlinger som kommer inn under definisjonene av enten selvmord eller selvmordsforsøk, det vil si alle former for en villet og bevisst selvpåført skade uavhengig av utgang.

Risikofaktor:

Risikofaktor er av Silva (1999) definert som ” *any factor that can affect a persons health; such factors include environmental agents, lifestyle variables and constitutionel factors*” . I denne oppgaven forstås risikofaktorer som faktorer som kan påvirke faren for selvmordsatferd.

2. 0. KJØNNSPARADOKSET I TALL.

Er det faktisk slik at flere menn enn kvinner gjør selvmord, samtidig som flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk? I dette kapittelet belyses de tallmessige forholdene mellom kjønn, selvmord og selvmordsforsøk. Det blir sett på selvmordsrater i ulike land i den vestlige verden. Varighet og stabilitet blir belyst ved å se på selvmord over tid rent historisk, og i ulike aldersgrupper. Videre blir det tatt utgangspunkt i ulike typer studier for å se nærmere på kjønnsforskjeller i rater for selvmordsforsøk.

2. 1. Selvmord og kjønn i den vestlige verden.

I europeiske land har menn høyere selvmordsrater enn kvinner (Canetto og Lester 1995). I følge tall som Hjelmeland og kolleger (2002) viser til, er det større forskjeller i selvmordsratene for menn enn for kvinner i de ulike europeiske landene. Forskjellen på selvmordsrater menn : kvinner varierer fra 1,88 : 1 i Nederland til 4,35 : 1 i Finland, med en gjennomsnittlig kjønnsforskjell i selvmordsratene på 2,91 : 1 (Hjelmeland et al 2002).

Også i USA, Canada, New Zealand og Australia er selvmordsratene høyere for menn enn for kvinner (Cantor 2000, Canetto og Lester 1995). Kjønnsforskjellen i selvmordsrater menn : kvinner er jevnt over litt større i disse landene enn i de europeiske landene, og varierer fra 3,5 : 1 til 4,3 : 1 (Cantor 2000, Canetto og Lester 1995). Med et par unntak, som ikke er en del av den vestlige verden, så har alle land som opplyser om selvmord høyere selvmordsrater for menn enn for kvinner (Canetto og Lester 1995).

På tross av variasjoner i selvmordsrater mellom enkeltland, og forskjell i størrelsen på kjønnsforskjellene, så er det entydig at i hele den vestlige verden er det flere menn enn kvinner som gjør selvmord.

2. 2. Selvmord i forhold til kjønn og alder.

Det er mulig at bildet blir annerledes dersom en ser på de ulike aldersgruppene hos kvinner og hos menn. Mennesket forandrer seg med alderen og livssituasjonen forandres i løpet av livet. Alle data som brukes i dette underkapittelet er hentet fra Statistisk sentralbyrå: Selvmord og selvmordsrate (2002).

Kvinner ligger ganske jevnt i selvmordsrater fra 15 til 39 år. Deretter er det en moderat økning som holder seg fram til 70 år, hvorpå selvmordsratene synker igjen. Kvinner har sine høyeste selvmordsrater som middelaldrende.

Menns selvmordsrater varierer mer enn kvinners, og er på det høyeste i alderen 20 –29 år. Etter dette synker ratene noe og holder seg forholdsvis jevnt fram til 60 år, hvorpå ratene stiger igjen. Menn har sine laveste selvmordsrater som tenåringer, og sine høyeste selvmordsrater som unge menn og eldre menn.

Forskjellen på selvmordsrater hos menn og kvinner i de ulike aldersgruppene, varierer fra litt over det dobbelte til over det firedobbelte hos menn i forhold til kvinner. Den største forskjellen er i alderen 10-14 år, men de absolutte tallene i denne aldersgruppen er så små at det er vanskelig å trekke konklusjoner. Det blir derfor ikke lagt vekt på denne aldersgruppen her. Helt fra pubertet og kjønnsmodenhet i aldersgruppen 15 – 19 er menns selvmord oppe i en slik rate at kvinner aldri på noe tidspunkt kommer opp på samme nivå. I alle aldersgrupper er selvmord minst dobbelt så vanlig hos menn som hos kvinner. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst i alderen 20 – 29 år, når menn har sine høyeste selvmordsrater, og i alderen 70 +, når menn har sine nest høyeste selvmordsrater samtidig som kvinnene har sine laveste. Menn har hele livet høyere selvmordsrater enn kvinner, på tvers av alle aldersgrupper.

2. 3. Historikk og utvikling .

Hvordan har forholdet mellom selvmord og kjønn vært tidligere, er kjønnsforskjellene varige? For Norge finnes det statistikk på selvmord fra 1826. For de første seksti årene framgår ikke kjønn, men fra 1886 er også kjønn registrert. Alle tall som brukes i dette underkapittelet er

hentet fra Statistisk sentralbyrå: Historisk statistikk (2000) og Selvmord og selvmordsrate (2002).

Gjennom hele den perioden det har vært registrert selvmord fordelt på kjønn i Norge, har det vært flere menn enn kvinner som har gjort selvmord. På det meste har fem ganger så mange menn som kvinner gjort selvmord. På det minste er forskjellen 2,5 ganger flere menn enn kvinner. I løpet av 1900-tallet har kjønnsforskjellen i antall selvmord blitt mindre. Etter 1970 har forholdet mellom selvmordsrater for menn og kvinner vært ganske stabilt, og har ligget på 2,7 – 2,9 : 1 i forholdet menn : kvinner. Det har vært en økning i selvmordsratene for både kvinner og menn etter 1970. Både menn og kvinner hadde den høyeste raten i samme femårsperiode, med en historisk topp i perioden 1986-90.

2. 4. Selvmordsforsøk og kjønn i den vestlige verden .

Det er mange begrep i bruk som beskriver en villet og bevisst selvpåført skade, som ikke fører til døden. Dette er uttrykk som selvmordsforsøk, parasuicid, villet egenskade og ikke - dødelig selvmordsatferd (non-fatal suicidal behavior) (Hjelmeland og Knizek 1999, Kerkhof 2000). Felles er at alt kommer innenfor området selvmordsatferd uten dødelig utgang. I de artiklene det vises til her er det brukt ulike begrep, og her brukes det begrepet som er brukt i den studien eller artikkelen det refereres til. Der det ikke refereres til studier og artikler blir begrepet selvmordsforsøk brukt, slik det er beskrevet i innledningen.

Er det reellt at flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk? Det finnes ulike typer studier om selvmordsforsøk, studier som har brukt ulike begrep og som har gjort utvalg på forskjellige måter (Beautrais 2001, Hawton et al 2002, Moscicki et al 1988, Schmidtke et al 1996). Noen studier er basert på kontakt med helsevesenet etter selvmordsforsøk (Beautrais 2001, Schmidtke et al 1996), andre studier er basert på utvalg av den generelle befolkningen (Moscicki et al 1988, Hawton 2002). I det følgende blir det vist til ulike typer studier, for å se om det er slik at flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk, og for å se om forskjeller i studier har avgjørende betydning for bildet av kjønn og selvmordsforsøk.

En studie fra USA var basert på intervjuer av et gjennomsnittlig utvalg av den generelle befolkningen over 18 år (Moscicki et al 1988). Dette var en selvrapporteringsstudie der hver

person ble intervjuet to ganger. Personene ble bl.a. stilt spørsmålet om de noensinne hadde gjort selvmordsforsøk. Det var lavere prevalens i de eldre aldersgruppene enn i de yngre. Det var flere kvinner enn menn som hadde gjort selvmordsforsøk, med en forskjell på 2,8 : 1 i forholdet kvinner : menn (Moscicki et al 1988).

Hawton og kolleger (2002) presenterer en studie fra England om ungdom og bl.a. villet egenskade. Hele skoletrinn i alderen 15 og 16 år på enkelte skoler deltok i en selvrapporteringsstudie der ungdommene selv fylte ut spørreskjema i skoletiden (Hawton et al 2002). En tilsvarende studie ble også gjort i Norge (Ystgaard et al 2003). Både i den engelske og den norske studien hadde klart flere jenter enn gutter gjort villet egenskade i løpet av det siste året (Hawton et al 2002, Ystgaard et al 2003). I England var det en forskjell på 3,5 : 1 i forholdet jenter : gutter (Hawton et al 2002). I den norske studien var forskjellen 3,3 : 1 i forholdet jenter : gutter (Ystgaard et al 2003).

I Europa startet på slutten av 1980-tallet en undersøkelse om parasuicid der regioner i europeiske land har deltatt, en undersøkelse som pågår fremdeles (Schmidtke et al 1996, Hjelmeland 1999). Utvalget består av de menneskene som har kommet i kontakt med helsevesenet etter parasuicid i de aktuelle regionene, og omfatter mennesker som er 15 år eller eldre (Hjelmeland 1999, Kerkhof 2000, Schmidtke et al 1996). Schmidtke og kollegaer (1996) fant at parasuicidratene varierte sterkt fra region til region, men der ratene var høye, så var de ganske høye for begge kjønn, likeledes der ratene var lave. Det var høyere rater for parasuicid i de yngre aldersgruppene for begge kjønn, laveste rater i aldersgruppene 55 +. Unge kvinner hadde de aller høyeste ratene og kjønnsforskjellen var størst i aldersgruppen 15 – 24 år. I en region, Helsinki i Finland, var ratene for menn høyere enn for kvinner, mens i alle andre regioner var kvinners rater høyere enn menns (Schmidtke et al 1996). Totalt var det flere kvinner enn menn som gjorde parasuicid, med en gjennomsnittlig forskjell for alle regioner på 1,4 : 1 i forholdet kvinner : menn (Hjelmeland et al 2002, Schmidtke et al 1996).

Gruppen for selvmordsforsøk i Beautrais (2001) studie, besto av mennesker som var innlagt på sykehus pga. en handling som medisinsk sett ble vurdert til å være alvorlig selvmordsforsøk. Også i denne gruppen, var kvinnene i flertall, med en forskjell på 1,2 : 1 i forholdet kvinner : menn (Beautrais 2001).

Når en sammenlikner forholdet mellom kjønn og selvmordsatferd uten dødelig utgang i de ulike studiene ser det slik ut:

Studie.	Utvalg.	Kvinner : menn.
Moscicki og kolleger (1988):	Utvalg av generell befolkning.	2,8 : 1
Ystgaard og kolleger (2003):	Hele skoletrinn av ungdommer i region.	3,3 : 1
Schmidtke og kolleger (1996):	Kontakt med helsevesen.	1,4 : 1
Beautrais (2001):	Alvorlig selvmordsforsøk, på sykehus.	1,2 : 1

Når selvmordsforsøk snevres inn til å omfatte medisinsk sett alvorlige selvmordsforsøk eller kontakt med helsevesenet, minsker forskjellen mellom kjønnene, sammenliknet med studier basert på befolkningsutvalg og selvrapporing. Det kan se ut som at jo alvorligere handlingen er med tanke på behov for helsehjelp, jo mindre blir kvinnes overvekt. At kjønnsforskjellen er så stor i studien til Ystgaard og kolleger (2003), kan også ha med det å gjøre at den omfatter bare ungdommer. Ratene for selvmordsforsøk er høyere for begge kjønn i de yngre aldersgruppene og lavere med økende alder (Schmidtke et al 1996, Moscicki et al 1988). Samtidig er også kjønnsforskjellen størst i ungdomsårene (Schmidtke et al 1996). Selv om forskjellen mellom kjønnene varierer i de ulike studiene, så blir den ikke borte, kvinnene er alltid i flertall. På bakgrunn av disse studiene må en derfor kunne si at kvinner i større grad enn menn gjør selvmordsforsøk.

2. 5. Avsluttende kommentar.

I alle vestlige land er det flere menn enn kvinner som gjør selvmord. Dette gjeldet alle aldersgrupper, og det har sett slik ut så lenge en har registrert selvmord etter kjønn.

Kjønnsforskjellene i selvmordsrater er størst som unge voksne og eldre. Kvinner og menn har sine høyeste selvmordsrater i ulike perioder i livet. Ulike typer studier viser at flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk. Ratene for selvmordsforsøk er for begge kjønn høyest i yngre aldersgrupper og lavere i eldre aldersgrupper. Samtidig er kjønnsforskjellen for selvmordsforsøk aller størst i ungdomsårene.

Alle funn tyder på at det faktisk er slik at flere menn enn kvinner gjør selvmord samtidig som flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk.

3. 0. PSYKISKE LIDELSER OG RUSMIDLER.

Psykisk lidelse inkludert rusmisbruk, ser ut til å være den største risikofaktoren for selvmord (Cavanagh et al 2003, Beautrais 2001). Risikoen er særlig forhøyet ved innleggelse og det første året etter sykehusbehandling p.g.a. psykisk lidelse (Mortensen et al 2000, Beautrais 2001). Kombinasjon av flere psykiske lidelser, inkludert rusmisbruk, er også en betydelig risikofaktor (Lönnqvist 2000, Henriksson et al 1993, Cavanagh et al 2003). Dette er gyldig for begge kjønn.

En dansk studie viste at det å ha vært sykehusbehandlet for psykisk lidelse var en sterkere faktor for de kvinnene som gjorde selvmord enn for mennene, men at selvmordsraten for sykehusbehandlede p.g.a. psykisk lidelse var høyere for menn enn for kvinner (Qin et al 2000). Det å ha vært sykehusbehandlet for psykisk lidelse var den eneste signifikante risikofaktoren Qin og kolleger (2000) fant for selvmord hos kvinner. Grøholt og kolleger (1999) fant i en studie om selvmord blant ungdom i Norge, at jentene som hadde gjort selvmord hadde alvorligere psykiatriske problemer enn guttene som gjorde selvmord hadde hatt.

Psykisk lidelse er en risikofaktor også for selvmordsforsøk. Moscicki og kolleger (1988) kom fram til at psykisk lidelse er den største risikofaktoren for selvmordsforsøk. Beautrais (2001) fant affektive lidelser, psykiatrisk behandling poliklinisk eller på sykehus som sterke risikofaktorer. Affektive lidelser var i større grad knyttet til alvorlige selvmordsforsøk hos kvinner enn hos menn (Beautrais 2001).

Det finnes mange psykiske lidelser. Her blir de tilstandene som er spesielt forbundet med selvmordsatferd belyst, nemlig depresjon, schizofreni, to typer personlighetsforstyrrelser og rusmisbruk. Träskman-Bendz og Mann (2000) hevder at man ikke kan knytte risiko for selvmordsatferd til bare enkelte diagnoser, fordi selvmordsatferd opptrer i forbindelse med mange typer psykiske lidelser. Når depresjon og rusmisbruk vektlegges mer enn andre psykiske lidelser i denne oppgaven , så er det på bakgrunn av store kjønnsforskjeller i prevalens og at de er blant de psykiske lidelsene som rammer flest .

3. 1. Depresjon.

I litteratur om selvmord og depresjon, blir også begrepene affektiv lidelse og stemningslidelse brukt. I dette kapitlet brukes det begrepet som forfatterne i de enkelte referansene har brukt.

Det antas at til enhver tid vil om lag 5% av befolkningen ha en stemningslidelse (Statens helsetilsyn 2000). Kvinner har høyere sjanse enn menn til å få depresjon (Moscicki 1994, Kringlen 2001). I løpet av livet regner en med at minst 25 % av kvinnene og 15 % av mennene får en depresjon som krever behandling (Mehlum og Hytten 1999). Murphy (1998) oppgir at av alle som får en depresjon vil under 4 % dø pga. selvmord.

De to viktigste diagnostiske gruppene innen selvmord ser ut til å være depresjoner og rusmisbruk (Henriksson et al 1993). Selvmordsrisikoen er økt ved de fleste typer psykiske lidelser, men særlig ved depressiv lidelse, den vanligste psykiske lidelsen blant de som har gjort selvmord (Lönnqvist 2000, Murphy 1998). Det samme er gyldig for selvmordsforsøk (Lönnqvist 2000). Murphy (1998) fant at affektiv lidelse var oftere tilstede ved selvmord blant kvinner enn menn, men at affektiv lidelse var vanligere enn alkoholmisbruk for begge kjønn. Grøholt og kolleger (1999) fant at det ved selvmord var lite forskjell mellom kjønnene når det gjaldt prevalensen av depresjon, i en studie om selvmord hos ungdom.

I Brockingtons (2001) artikkel vises det til at depresjon er den største enkeltstående risikofaktor for selvmord. Depresjon er vanligere hos kvinner enn hos menn, og selvmord er to til tre ganger vanligere hos menn enn hos kvinner (Brockington 2001). Dette er en gåte som ingen til nå har kommet med et tilfredsstillende svar på, hevder Brockington (2001).

En foreslått forklaring er at kvinner i høyere grad søker behandling for sin depresjon, at dette forebygger selvmord og dermed forklarer at kvinner har lavere selvmordsrater enn menn (Moscicki 1994, Canetto og Sakinofsky 1998, Ringskog 2001). På Gotland i Sverige gjennomførte man i 1983-84 en opplæring av primærleger i depresjonslære. Dette førte til reduksjon av selvmordsratene for kvinner, men ikke for menn (Rutz et al 1999). Det har vært hevdet at menns depresjon er forskjellig fra kvinners, at dette er lite utforsket, at menns depresjoner behandles i mindre grad enn kvinners og at menn derfor har høyere selvmordsrater (Brockington 2001, Ringskog 2001). Rutz og kolleger (1999) stiller

spørsmålet om ikke depresjoner hos kvinner og menn er likt fordelt, men at depresjoner hos menn gir et annet symptombilde enn kvinners depresjoner .

Det er vist at depresjon er den største enkeltstående risikofaktoren for selvmord for både kvinner og menn, men det er påfallende kjønnsforskjeller. Flere kvinner enn menn har depresjon, mens færre kvinner enn menn gjør selvmord. Det har vært foreslått at kvinner har lavere selvmordsrater fordi de i større grad enn menn søker behandling for depresjon. Dersom behandling forebygger selvmord, så er det naturlig å tenke at behandling også forebygger selvmordsforsøk, men når det gjelder selvmordsforsøk så er kvinner i flertall. Videre er det antydning at menns depresjon arter seg annerledes enn kvinners, og at vi i dag vet for lite om menns depresjoner. Depresjon er en risikofaktor for begge kjønn, men sammenhengen mellom selvmordsatferd og depresjon hos kvinner og menn ser p.r. i dag ikke ut til å være helt klarlagt.

3. 2. Schizofreni og personlighetsforstyrrelser.

I litteratur presenteres tall som tilsvarer en forekomst av schizofreni på 0,3 – 0,5 % av den totale befolkningen til enhver tid (Snoek og Engedal 2001, Rund 1999). Det er like mange av hvert kjønn som får diagnosen (Thorsen 2001). Selvmordsrisikoen anses å være like stor for mennesker som har schizofreni, som de som har depresjon (Mehlum og Hytten 1999). Også hos mennesker som har schizofreni er selvmordsratene høyere blant menn enn blant kvinner (Hert og Peuskens 2000).

Mennesker med borderline / ustabil personlighetsforstyrrelse har en selvmordsrisiko på linje med de som har schizofreni, men også antisosial personlighetsforstyrrelse er en betydelig risikofaktor (Mehlum og Hytten 1999). I en studie fra Oslo var borderline personlighetsforstyrrelse vanligere blant kvinner enn blant menn, men antisosial personlighetsforstyrrelse vanligere blant menn enn blant kvinner (Torgersen et al 2001). Prevalensen for borderline var 0,7 %, og prevalensen for antisosial den samme (Torgersen et al 2001).

Selv om både schizofreni, borderline og antisosial personlighetsforstyrrelse kan være en betydelig risikofaktor for den enkelte, så dreier dette seg om forholdsvis små grupper i forhold

til den totale befolkningen. Det er totalt sett ikke store forskjeller i prevalensen hos kvinner og menn for disse lidelsene, og dette vil derfor ikke bli belyst ytterligere her.

3. 3. Rusmidler

Epidemiologisk forskning viser en klar sammenheng mellom alkoholmisbruk og selvmordsrisiko (Rossow 2001). Studier viser at rusmisbruk var langt vanligere hos de som gjorde selvmord enn i den øvrige befolkningen (Murphy 2000). Tall basert på oppfølgingsstudier tyder på at 2-7 % av alkoholmisbrukere vil dø pga. selvmord (Rossow 2001). Risikoen er forhøyet også for de som har et høyt forbruk uten å være alkoholmisbrukere (Rossow 2001). Man har sett at selvmordsratene stiger, og da særlig for menn, når alkoholforbruket øker generelt i befolkningen (Rossow2001). I hele verden har kvinner lavere rater for rusmisbruk enn menn har (Murphy 2000).

Rusmisbruk, særlig alkohol, er det nest vanligste psykiatriske problemet ved selvmord, bare depresjon er vanligere (Brockington 2001, Murphy 2000). Flere menn enn kvinner som har gjort selvmord, har hatt et alkoholproblem / rusproblem (Henriksson 1993 , Rutz et al 1999, Murphy 1998). Kjønnsforskjellen på selvmordsrater hos alkoholmisbrukere, er dobbelt så stor som hos andre mennesker (Murphy 2000). Slik sett er kvinner underrepresentert i selvmord blant alkoholikere, men de alkoholiserne kvinnene som har gjort selvmord, ser ut til å ha vært svært alvorlig plaget (Murphy 2000).

Det har også vist seg å være høyere forekomst av selvmordsforsøk blant alkoholmisbrukere enn øvrig befolkning, hver femte alkoholmisbruker har gjort selvmordsforsøk minst en gang. (Rossow 2001). Mennesker med et relativt høyt alkoholforbruk har forhøyet risiko for selvmordsforsøk, selv om de ikke har noe misbruksproblem (Rossow 2001). Borges og kolleger (2000) kom fram til at bruk av rusmidler hadde en stor effekt på ikke planlagte selvmordsforsøk, men ikke signifikant effekt på planlagte selvmordsforsøk. Ved parasuicidstudien i Sør-Trøndelag hadde menn oftere enn kvinner et alkoholmisbruk, og menn rapporterte oftere rusmisbruk som et av de aktuelle problemene på parasuicidtidspunktet (Hjelmeland 1997).

Risikoen for selvmord og selvmordsforsøk er mer forhøyet blant narkotikamisbrukere enn blant alkoholmisbrukere (Rossow 2001). Narkotikamisbruk er mye mer sjeldent enn alkoholmisbruk, og utgjør ingen stor gruppe innen selvmord (Rossow 2001). Det er likevel mulig at økningen i rusmisbruk og bruk av nye narkotiske stoffer har bidratt til økningen i selvmordsratene blant unge, særlig unge menn (Murphy 2000).

Studier viser at comorbiditet mellom psykiske lidelser øker risikoen for selvmordsatferd (Henriksson et al 1993, Cavanagh et al 2003). Særlig har selvmordsrisikoen vist seg å være forhøyet ved rusmisbruk i kombinasjon med depresjon (Murphy 2000). Risikoen for selvmordatferd ved rusmisbruk er ikke nødvendigvis forhøyet bare pga. misbruket i seg selv, men også pga. sosiale, familiære, økonomiske og helsemessige problemer som kan oppstå som et resultat av lengre rusmisbruk (Rossow 2001, Murphy 2000).

Det er påvist en entydig sammenheng mellom rusmidler og selvmord og selvmordsforsøk. Rusmidler kan gjøre mennesker mer ukritiske til egne handlinger, gi en lavere impuls kontroll og redusere vurderingsevnen i påvirket tilstand. Når menn i større grad enn kvinner misbruker rusmidler, så kan det være et vesentlig moment for å forstå menns høyere selvmordsrater. Nettopp det at rusmidler har stor effekt ved impulsiv, ikke påplanlagt selvmordatferd, gjør det vanskelig å forstå bakgrunnen for at menn har færre selvmordsforsøk enn kvinner.

3. 4. Rusmisbruk hos menn og depresjon hos kvinner.

En teori på kjønnsforskjellene i selvmordatferd er forskjellene i rater for depresjon og rusmisbruk. Teorien baserer seg på det at kvinner har mer depresjoner og i større grad søker behandling for dette enn menn. Menn på sin side har høyere rater for rusmisbruk, og søker i mindre grad profesjonell hjelp for både rusmisbruk og depresjon (Canetto og Sakinofsky 1998, Moscicki 1994). Menn har derimot en tendens til å skjule / behandle depresjon med alkohol istedenfor å oppsøke hjelp (Brockington 2001).

Moscicki (1994) sier at høy forekomst av depresjon hos kvinner kan forklare kvinners høye rater for selvmordsforsøk, og videre at kvinner med alvorlige depresjoner kan være like suicidale som menn, men at behandling forebygger selvmord. Canetto og Sakinofsky (1998) hevder på sin side at man ikke har kunnet registrere effekt på kvinners selvmordsrater som

resultat av psykiatrisk behandling. De hevder videre at en god psykiatrisk behandling også skulle føre til fall i ratene for selvmordsforsøk, men at dette ikke har skjedd (Canetto og Sakinofsky 1998). Rutz og kolleger (1999) foreslår at det hos kvinner og menn kan dreie seg om to forskjellige typer depresjoner, og at den maskuline depresjonen har rusmisbruk som et av symptomene.

3. 5. Avsluttende kommentar.

Det ser ut til at man i dag ikke fullt ut forstår sammenhengen mellom kjønn, depresjon og selvmordsatferd, og at Brockington (2001) har rett i at ingen til nå har kunnet gi en tilfredsstillende forklaring. Noen av de presenterte teoriene bidrar til å belyse sider ved kjønnsforskjellene innen selvmordsatferd. Psykiske lidelser, da særlig depresjon og rusmisbruk, ser ut til å være vesentlige momenter i forståelsen av selvmordsatferd som problemområde. Dagens kunnskap om depresjon, kjønn og selvmordsatferd kan likevel ikke bidra vesentlig til å forklare kjønnsparadokset. Rusmisbruk ser ut til å kunne ha sentral betydning for menns høye selvmordsrater, men dette bør også sees i sammenheng med andre faktorer enn psykiske lidelser.

4. 0. BIOLOGISKE FORHOLD.

Når det er klare forskjeller på selvmordsatferd mellom kvinner og menn, så virker det fornuftig å spekulere i om biokjemiske kjønnsforskjeller kan være signifikant i forklaringen på kjønnsforskjeller i selvmordatferd (Maris et al 2000).

Man har fram til nå sett at særlig to biologiske faktorer kan ha betydning for selvmordsatferd: genetiske faktorer og forandringer i serotoninssystemet (Träskman-Bendz og Mann 2000). Man antar at den genetiske risikoen for selvmordsatferd i alle fall delvis vises gjennom serotoninssystemet (Träskman-Bendz og Mann 2000). Ved lav serotoninaktivitet kan impulskontrollen svekkes, og dermed øke risikoen for selvmordatferd og annen aggressiv og voldelig atferd (Nock og Marzuk 2000). Også ved psykiske lidelser har man sett en forandring i serotoninbalansen (Träskman-Bendz og Mann 2000). I en studie om sammenhengen mellom kjønn, serotonin og selvmordsforsøk, ble det funnet signifikant forskjell i serotonin hos kvinner som hadde gjort selvmordsforsøk sammenliknet med menn som hadde gjort selvmordsforsøk og andre kvinner (Baca-Garcia et al 1996). Rutz og kolleger (1999) mener at det mannlige depressive syndromet de beskriver, er koplet til forandret kortisol- og serotoninmetabolisme. De beskriver en tilstand preget av aggresjon, lav impulskontroll, rusmisbruk, lav stresstoleranse og depressivt tankeinnhold (Rutz et al 1999).

Det er gjort studier for å se om det er sammenheng mellom perioder i kvinners menstruasjonssyklus og selvmordsatferd, men det er ikke funnet konsistente holdepunkter for en slik sammenheng (Maris et al 2000). Det er gjort motstridende funn på hvorvidt kvinnelige kjønnshormoner kan trigge selvmordsatferd, og så langt er det usikkert om kjønnshormoner kan påvirke selvmordsatferd (Hjelmeland 1997). Selvmordsratene er lavere under svangerskap, mens avbrutt svangerskap og psykisk lidelse post-partum kan virke som en risikofaktor (Catalan 2000). Villet egenskade er vesentlig redusert det første året etter en fødsel, på tross av høyere prevalens av psykiske lidelser (Catalan 2000). Menn har de høyeste selvmordsratene i to perioder: i unge år og i eldre år (Statistisk sentralbyrå 2000, Ringskog 2001). Kvinner har de høyeste selvmordsratene i midten av livet (Statistisk sentralbyrå 2000). Det er ikke gjort tilstrekkelig forskning på endringer i overgangsalderen og sammenheng med selvmordsatferd (Maris et al 2000).

4. 1. Avsluttende kommentar.

Svangerskap og det første året etter nedkomst ser ut til å være beskyttende for kvinner i forhold til selvmordsatferd. Utover dette er det ikke belegg for å hevde at kjønnsforskjellen på selvmordatferd skyldes hormonelle forskjeller. Det er vist endringer i serotonin ved psykiske lidelser, som i seg selv er en risikofaktor for selvmordsatferd. Serotonin kan ha en betydning for bl.a. aggresjon og impuls kontroll, men det er ikke tydelig hvordan dette fungerer i forhold til kjønn. Det er vanskelig å tenke seg at biologiske forhold er uten betydning for klare kjønnsforskjeller i selvmordsatferd, men funn som er gjort så langt ser ikke ut til å gi noe klart bilde.

5. 0. METODER.

Flere begrep omhandler alvorlighet ved ulike typer selvmordsatferd. Begrepet letalitet referer til muligheten for eller sikkerheten for at bruk av en spesiell metode vil føre til døden (Maris et al 2000). Card (1974) kom fram til at de tre mest letale metodene var skytevåpen, eksos og henging, i nevnte rekkefølge. De minst letale metodene var kutting, gass, droger og gift (Card 1974), den minst letale først.

En forklaring som har vært brukt på kjønnsforskjellene i selvmordatferd, har vært at menn bruker mer letale metoder enn kvinner (Hjelmeland 1997, Canetto og Sakinofsky 1998). Det antas da at kvinner og menn utfører selvmordshandlinger i like stor grad, og at menns overvekt av død forklares med bruk av metoder som ansees å ha en høy dødelighetsrisiko (Moscicki 1994).

I dette kapittelet skal vi se nærmere på om det er klare forskjeller på bruk av metoder hos kvinner og hos menn, og om det kan være med på forklare noe av kjønnsparadokset.

5. 1. Metoder ved selvmord.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (2002) viser at i Norge i årene 1996-2000 var forgiftning, og henging /kvelning de to vanligste selvmordsmetodene blant kvinner, i nevnte rekkefølge. De to vanligste metodene blant menn var henging / kvelning og skyting. Med unntak av drukning, var det i absolutte tall flere menn enn kvinner i alle metodegrupper. Når det gjelder de mest letale metodene, så var det prosentvis en mye større andel menn (29%) enn kvinner (2%) som brukte skytevåpen. Ved henging / kvelning var forskjellen mellom menn (37 %) og kvinner (32%) mye mindre. For gift, som er en av de minst letale metodene, var det i absolutte tall flere menn enn kvinner, men en større prosentandel kvinner (35 %) enn menn (18 %) brukte denne metoden. (Statistisk sentralbyrå: Selvmord etter døds måte 2002).

Canetto og Sakinofsky (1998) referer til statistikk som viser at i USA i 1992 var de vanligste selvmordsmetodene for kvinner skyting og gift, i nevnte rekkefølge. For menn var de

vanligste metodene skyting og henging. I USA var det innenfor alle metoder flere menn enn kvinner i absolutte tall. Når det gjelder de mest letale metodene, så var skyting den vanligste metoden for både kvinner og menn, men prosentvis likevel langt vanligere blant menn (64,6 %) enn kvinner (38,9 %). For henging var det liten forskjell på kvinner (14,1 %) og menn (15,6 %). Bruk av gift hadde det samme bilde som i Norge; det var i absolutte tall flere menn enn kvinner, men prosentandelen var klart større for kvinner (36,7 %) enn for menn (13,3 %). (Canetto og Sakinofsky 1998).

Canetto og Sakinofsky (1998) presenterer også statistikk som viser at i Canada 1990-92 var de vanligste selvmordsmetodene for kvinner gift og henging, i nevnte rekkefølge. For menn var de vanligste metodene skyting og henging. I Canada var det såvidt litt flere kvinner enn menn i absolutte tall som brukte gift, mens det prosentvis var langt vanligere blant kvinner (37,4 %) enn menn (9,6 %). I alle andre kategorier var det flere menn enn kvinner i absolutte tall. Det var prosentvis langt flere menn (35,6 %) enn kvinner (8,8 %) som brukte skytevåpen. For henging var det også en overvekt av menn (30,8 %) i forhold til kvinner (22,3 %) i prosenter, men ikke så stor som ved skyting. (Canetto og Sakinofsky 1998).

Tallene som er brukt her, viser til dels store variasjoner i prosentandelen som brukte skytevåpen. Skytevåpen var likevel klart vanligere blant menn enn blant kvinner i alle tre land. Når det gjelder henging var forskjellen mindre mellom kjønnene. Forgiftning var prosentvis vanligere blant kvinner enn blant menn, men i absolutte tall var det flere menn enn kvinner. Eksosforgiftning er en typisk maskulin metode, og i norsk selvmordsstatistikk kommer dette innenfor metoden forgiftning (Retterstøl et al 2002). Det kan tenkes at bildet hadde forandret seg noe dersom forgiftning med medikamenter eller andre stoffer og eksosforgiftning var oppgitt i to ulike kategorier. USA har egen kategori for gass, som inkluderer bruk av eksos (Maris et al 2000). Innenfor alle de vanligste selvmordsmetoder var det i absolutte tall flere menn enn kvinner.

Vi ser altså klare kjønnsforskjeller når det gjelder selvmordsmetoder. Valg av metode kan imidlertid ikke være en fullstendig forklaring på kjønnsforskjellene i selvmordsrater, hevder Hjelmeland (1997), siden menn dør oftere og kvinner overlever oftere innenfor alle metoder (Wichstrøm og Rossow 2002). I USA er skyting den vanligste selvmordsmetoden blant kvinner, og siden 1974 har det blant kvinner vært en tendens til økende bruk av det som regnes som de mer letale metodene (Murphy 1998). Selvmord blant kvinner har i samme

periode ikke økt totalt (Murphy 1998). Murphy (1998) hevder at dette undergraver hypotesen om at kvinner har lavere selvmordsrater enn menn p.g.a. mindre letale metoder.

Moscicki (1994) sier at svakheten med teorien om at valg av metoder forklarer forskjellen i selvmordsrater, er at den ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til ulikhet i intensjon, og at teorien ikke sier noe om hvorfor menn velger farligere metoder .

Selv om det er slik at det er flest menn som dør innenfor alle de vanligste selvmordsmetodene, så er det en tendens til hyppigere bruk av det som regnes som mer letale metoder blant menn enn blant kvinner. Card (1974) har rangert skytevåpen øverst på listen over letale metoder. Bruk av skytevåpen er den selvmordsmetoden der det er mest markant forskjell på kvinner og menn.

5. 2. Metoder ved selvmordsforsøk.

Når en ser på selvmordsatferd som ikke har ført til døden, dvs selvmordsforsøk, viser en stor europeisk studie om parasuicid at gift var den vanligste metoden for både kvinner (80%) og menn (64%) (Schmidtke et al 1996). Siden det er flest kvinner i studien totalt, er det også i eksakte tall flere kvinner enn menn som bruker gift (Schmidtke et al 1996). Ingen andre metoder kom i nærheten av hvor vanlig gift var som parasuicidemetode for begge kjønn. Den nest vanligste metoden var kutting for både kvinner (9%) og menn (17%) (Schmidtke et al 1996). Resultater fra bare Sør-Trøndelag i den samme studien viste at menn i noe større grad enn kvinner hadde brukt en hardere parasuicidmetode (Hjelmeland 1997).

Ved selvmordatferd som ikke har ført til døden, er det til en viss grad en kjønnsforskjell ved det at en noe større andel kvinner enn menn bruker gift, og at menn i noe større grad enn kvinner bruker hardere metoder. Likevel ser valg av metode i store trekk ganske likt ut for begge kjønn når det gjelder selvmordsforsøk. Det store flertallet av både kvinner og menn hadde brukt gift eller kutting, som av Card (1974) regnes som to av de minst letale metodene . I motsetning til ved selvmord, så er det ikke betydelige kjønnsforskjeller i valg av metode ved selvmordsforsøk.

5. 3. Tilgjengelighet til og fortrolighet med metoder.

Tilgjengelighet til letale metoder kan ha en viss betydning for forekomsten av selvmord. Det er ikke vanskelig å tenke seg at lett tilgang til en svært letal metode enkelte ganger kan være avgjørende for utgangen av en impulsiv selvmordshandling. Når alternativene er begrenset, er nok lett tilgjengelighet det som i størst grad bestemmer valg av metode, hevder Maris og kolleger (2000). En studie fra ulike geografiske områder ved New York, viste forskjeller i selvmordsmetoder som stemte overens med forskjeller i tilgjengelighet i de ulike områdene (Cantor 2000). Det kan argumenteres for at den mest dramatiske reduksjonen selvmordsrater har skjedd gjennom redusert tilgjengelighet til letale metoder (Cantor 2000). De totale selvmordsratene gikk ned i England på 1960-tallet, etter at husholdningsgassen ble mindre giftig (Cantor 2000, Retterstøl et al 2002). Å ha et skytevåpen i hjemmet øker risikoen for selvmord (Maris et al 2000). I Australia forsøkte man å begrense tilgjengeligheten til skytevåpen, noe som førte til reduksjon av skytevåpen som selvmordsmetode (Retterstøl et al 2002). Samtidig ble det registrert en økning i bruk av andre metoder, da særlig eksos og henging (Retterstøl et al 2002). Når tilgjengeligheten til letale selvmordsmetoder reduseres, vil noen etter hvert finne andre metoder, men likevel vil begrensning i tilgjengelighet ha en viss betydning for forekomsten av selvmord (Retterstøl et al 2002). Fysisk tilgjengelighet har noe å si for kjønnsforskjeller i den grad kvinner og menn har ulik tilgang til metoder. Dette kan tenkes å være tilfelle f.eks. i arbeidslivet.

Valg av metode trenger ikke bare være avhengig av den fysiske tilgjengeligheten, men også kulturelle forhold og i hvilken grad man er fortrolig med bruk av den enkelte metoden (Maris et al 2000, Retterstøl et al 2000). Menn er nok i større grad fortrolig med bruk av skytevåpen enn det kvinner er. Både i Norge og i USA er tilgjengeligheten til skytevåpen høy, men forskjeller i bruk av skytevåpen mellom de to landene kan henge sammen med forskjeller i synet på skytevåpen som bruk til jakt eller til å forsvare seg med (Retterstøl et al 2002). En metode kan være lite brukt selv om den er lett tilgjengelig, avhengig av kulturens holdning til den enkelte metoden (Maris et al 2000). For eksempel er henging som selvmordsmetode mindre brukt i land der henging blir brukt som dødsstraff (Retterstøl et al 2002). Selvmord med skytevåpen blir holdningsmessig sett på som smertefull, sølete og maskulin, mens selvmord med overdose blir sett på som smertefri, renslig og feminin (Maris et al 2000).

5. 4. Avsluttende kommentar.

Ved selvmord er det en tendens til bruk av det som regnes som mer letale metoder blant menn enn blant kvinner, da særlig skytevåpen. Dette kan likevel ikke forklare hele forskjellen mellom kjønnene, siden det dør flere menn enn kvinner innenfor alle de vanligste selvmordsmetodene, inkludert forgiftning. Ved selvmordsforsøk bruker den store majoriteten av både kvinner og menn de mindre letale metodene gift og kutting. Tilgjengelighet til og fortrolighet med metoder har en betydning for valg av metoder og dermed for utfallet av selvmordshandlingen. Det er sannsynlig at kultur, normer og kjønnsroller er av betydning for kjønnsforskjeller i valg av metode. Canetto og Sakinofsky (1998) mener at kulturelle forhold og kjønnsroller kan forklare at det er ulikheter i valg av metoder mellom kvinner og menn, men at valg av metode alene ikke kan forklare kjønnsparadokset.

6. 0. INTENSJON.

På bakgrunn av at flere menn enn kvinner dør av sin selvmordatferd, så er det rimelig å anta at selvmordsatferd kan ha ulik mening for kvinner og for menn (Hjelmeland et al 2000). Dersom det er tydelige forskjeller i kvinners og menns intensjoner med selvmordsatferd, så kan det bidra til å forstå kjønnsparadokset noe bedre.

Det er kjent at ikke alle som gjør selvmordsforsøk, egentlig forsøker å ende livet (Hjelmeland og Knizek 1999). Mellom ulike studier har det vært variasjoner i hvor mange som egentlig ønsket å dø, Hjelmeland og Knizek (1999) anslår rundt 50 % (Hjelmeland et al 2000, Hawton et al 2002). I en norsk studie om ungdom og villet egenskade svarte 56 % av de som hadde gjort villet egenskade, at de ønsket å dø (Ystgaard 2003). Andre intensjoner med selvmordsatferden kan være flukt fra en forferdelig situasjon, å påvirke viktige andre, straffe seg selv, vise hvordan man har det m.m. (Hjelmeland og Knizek 1999, Ystgaard 2003). Et menneske kan ha ulike intensjoner med en og samme handling og en ambivalens er svært vanlig (Hjelmeland og Knizek 1999, Retterstøl et al 2002). Canetto og Sakinofsky (1998) er av den oppfatning at i flertallet av selvmordshandlinger, være seg dødelige eller ikke, så er det en viss grad av ambivalens med hensyn til ønske om død eller redning.

Det at flere menn enn kvinner dør av sin selvmordsatferd kan tyde på at kvinner i større grad enn menn har andre intensjoner med sin selvmordsatferd enn å dø (Hawton 2000, Canetto og Sakinofsky 1998). En bruk av mer letale metoder hos menn, kan også tyde på at menn i større grad enn kvinner har en intensjon om å dø (Hawton 2000).

Når flere menn enn kvinner dør av sin selvmordatferd, kan man anta at flere menn enn kvinner hadde en intensjon om å dø, og at det også gjelder de som ikke døde (Hjelmeland et al 2000). Hjelmeland og kolleger (2000) viser til studier som er gjort om intensjon, men understreker samtidig at det er gjort få studier på akkurat kjønn og intensjon. Flertallet av studiene har ikke funnet forskjeller mellom kjønnene i intensjoner om å dø, mens en studie fant at menn hadde høyere intensjon om å dø (Hjelmeland et al 2000). I en norsk studie om ungdom fant man ingen forskjell i hva jenter og gutter oppga som grunn for villet egenskade (Ystgaard 2003). En analyse av studien om parasuicid med tall fra ni europeiske regioner viste

så små kjønnsforskjeller i intensjon, at det ikke hadde praktisk eller teoretisk betydning (Hjelmeland et al 2000). Man fant heller ikke kjønnsforskjeller i impulsivitet ved handlingen, noe som står i kontrast til en alminnelig oppfating om at menn er mer impulsive enn kvinner (Hjelmeland et al 2000).

Nå er det svært vanskelig å vite sikkert etter et selvmord, hvilken intensjon vedkommende hadde. Pårørende og hjelpeapparat kan nok ha en formening, men kan vanskelig vite sikkert, særskilt med tanke på at en ambivalens er vanlig. Leenaars (1988) gjorde en studie av selvmordsbrev fra personer som hadde gjort selvmord, for å se på kjønnsforskjeller i bl.a. intensjon, men fant ingen. Usikkerheten ligger i hvor mye som fortelles i et brev, og om de 12 – 15 % som skriver selvmordsbrev er representative for alle som gjør selvmord (Leenaars 1988).

6. 1. Avsluttende kommentar.

Flertallet av studiene har ikke klart å påvise kjønnsforskjeller i intensjon ved selvmordsatferd. En kjønnsforskjell i intensjon virker sannsynlig på bakgrunn av de entydige og varige kjønnsforskjellene i rater for både selvmord og selvmordsforsøk, men studier har ikke påvist dette klart. Funnene tyder på at kvinner og menn som gjør selvmordshandlinger er ganske like med hensyn til intensjon, men at det er en ulik fordeling i befolkningen generelt. Det som er funnet så langt om intensjon kan ikke bidra vesentlig til å forklare kjønnsparadokset innen selvmordsatferd.

7. 0. SELVMORDSFORSØK I FORHOLD TIL SELVMORD.

Det har vært reist spørsmål om hvorvidt selvmord og selvmordsforsøk er samme type fenomen og kan forstås utfra samme psykologi (Williams og Pollock 2000, Beautrais 2001, Brockington 2001). Dersom selvmord og selvmordsforsøk er uttrykk for ulike fenomener og ikke kan forstås utfra samme psykologi, så kan det kanskje bidra å til forklare kjønnsparadokset.

Mange av de som gjør selvmordsforsøk, gjør aldri selvmord selv etter gjentatte selvmordsforsøk (Sakinofsky 2000), her er kvinnene i flertall. Isometsa og Lönnqvist (1998) fant at 56 % av de som hadde gjort selvmord, aldri tidligere hadde gjort selvmordsforsøk, og her er menn i flertall. Epidemiologisk sett er det betydelige forskjeller på selvmord og selvmordsforsøk (Heeringen et al 2000), og det kan slik sett se ut til å dreie seg om to forskjellige fenomener. Samtidig har forskning vist at selvmordsforsøk er en av de sterkeste risikofaktorene for selvmord (Heeringen et al 2000). Den økte selvmordsrisikoen etter selvmordsforsøk gjør at begge typer atferd kan forstås som ulike faser i samme slags prosess hevder Heeringen og kolleger (2000). Williams og Pollock (2000) presenterer en modell som forklarer all slags selvmordsatferd utfra samme psykologi: *"Given that one may observe differences in the falling and rising of rates within the suicide statistics, one cannot assume that such differences between suicide and deliberate self harm give any indication that the two behaviors require different explanations"*.

Kerkhof (2000) beskriver selvmordsforsøk som et paraplybegrep, som dekker en rekke ulike typer atferd som har til felles at man villet og bevisst påfører seg selv skade som ikke fører til døden. Forskjellene består i at noen ønsker å dø, mens andre ønsker å mobilisere hjelp (Kerkhof 2000). Noen selvmordsforsøk er planlagte, andre er impulsive. Noen selvmordsforsøk fører til alvorlige fysiske skader, mens andre fører til små fysiske skader (Kerkhof 2000). Det at det finnes så mange ulike begreper som brukes om selvmordsforsøk, tyder på at det er ulikhet i oppfatning om hva som kommer innenfor denne typen atferd. Dette gjør det vanskeligere å få oversikt over problemområdet.

Beautrais (2001) ønsket i sin studie å se på hvorvidt de som hadde gjort selvmord og de som hadde gjort alvorlig selvmordsforsøk kunne betraktes som en eller to populasjoner. Hun konkluderte med at dette var to overlappende populasjoner med både likhetstrekk og forskjeller. Risikofaktorer og trekk i livshistorie var svært lik for både de som hadde gjort selvmord og de som hadde gjort selvmordsforsøk. Forskjellen mellom de to gruppene besto i kjønnsfordeling, alder, sosial kontakt og type psykisk lidelse. (Beautrais 2001).

Kan det være slik at en del av selvmordsforsøkene kan forstås utfra samme psykologi som selvmord, mens andre selvmordsforsøk forstås som uttrykk for noe annet? Moscicki (1988) mener at det i forskning om selvmordsforsøk vil være hensiktsmessig å skille på de som ønsket å avslutte livet, og de som hadde andre intensjoner. Det skulle kunne tenkes at kvinner og menn fordeler seg ulikt i ulike typer selvmordsforsøk. Det er for eksempel forholdsvis flere menn i studier om selvmordsforsøk basert på sykehusopphold enn i selvrapporteringsstudier. En skulle kunne tenke seg at selvmordsforsøk som uttrykk for ulike fenomener, skulle avspeiles i kjønnsforskjeller i for eksempel intensjoner og metoder, noe som så langt ikke er påvist klart.

7. 1. Avsluttende kommentar.

Det er store likheter mellom selvmordsforsøk og selvmord i livshistorie og risikofaktorer, men også forskjeller. Det er en økt selvmordsrisiko etter selvmordsforsøk, og slik sett er det sammenheng mellom de to typene atferd. Samtidig er det mange av de som gjør selvmordsforsøk, som ikke gjør selvmord selv etter gjentatte selvmordsforsøk. Mange av de som gjør selvmord har aldri før gjort selvmordsforsøk. Slik sett kan en del selvmordsforsøk forstås på samme måte som selvmord, mens andre typer selvmordsforsøk kan se ut til å være uttrykk for noe annet. Selvmord og selvmordsforsøk kan på bakgrunn av dette se ut til å være bare delvis overlappende fenomener.

8. 0. SOSIALE OG ØKONOMISKE FAKTORER

Studier viser at selvmord og selvmordsforsøk forekommer hyppigere i grupper som forbindes med vanskeligere sosialøkonomiske forhold (Schmidtke et al 1996, Beautrais 2001, Moscicki et al 1988). Sosiale og økonomiske forhold består av flere faktorer: arbeid, økonomi, sivil status, relasjoner. Her blir det sett nærmere på om disse faktorene ser ut til å være av samme betydning for både kvinner og menn.

I den europeiske parasuicidstudien fant man at de som hadde gjort parasuicid gjennomsnittlig hadde lavere utdanning og i større grad var utenfor arbeidslivet enn den generelle befolkningen i samme region (Schmidtke et al 1996). Ved selvmord fant Qin og kolleger (2000) at arbeidsløshet, å være pensjonist og sykefravær fra arbeid var en signifikant risikofaktor for menn, men ikke for kvinner. Selvmordsratene stiger for menn etter pensjonistalder, men ikke for kvinner (Murphy 1998). I Brockingtons (2001) artikkel vises det til flere studier om deltakelse i arbeidslivet og arbeidsløshet, og det konkluderes med at verken arbeid eller arbeidsløshet påvirker kvinners selvmordsrater. Det er funnet tydeligere sammenheng mellom selvmordsatferd og arbeidsløshet for menn enn for kvinner (Platt og Hawton 2000).

Hjelmeland (1997) kom fram til at kvinner som gjorde parasuicid oftere var økonomisk inaktive enn menn, men at menn oftere rapporterte økonomiske problemer som den aktuelle bekymringen ved parasuicidet. Det er flere eldre kvinner enn eldre menn som lever i trange økonomiske kår, men selvmordsratene er høyere for menn enn kvinner også blant eldre (Murphy 1998) .

I den europeiske parasuicidstudien var enslige og skilte / separerte overrepresentert for begge kjønn (Schmidtke et al 1996). I en dansk studie om selvmord var det å være enslig en signifikant risikofaktor for menn, men ikke signifikant for kvinner (Qin et al 2000). Murphy (1998) hevder at det å være gift er en beskyttelsesfaktor, men at det er av større betydning for menn enn for kvinner. Det er flere eldre kvinner som lever alene enn eldre menn, men også blant eldre er det flere menn enn kvinner som gjør selvmord (Murphy 1998). Å ha omsorg for barn er en sterkt beskyttende faktor, særlig for kvinner (Brockington 2001, Qin et al 2000).

Ved parasuicid oppga kvinner oftere enn menn familieproblemer som den aktuelle bekymringen (Hjelmeland 1997). I en engelsk studie om ungdom rapporterte flere jenter enn gutter om villet egenskade hos venner eller familie (Hawton et al 2002). Man så en økning av villet egenskade hos både jenter og gutter som rapporterte om dette (Hawton et al 2002). I en tilsvarende norsk studie rapporterte flere jenter enn gutter om konflikter med foreldre, men man så en økning av villet egenskade hos begge kjønn i den gruppen som rapporterte om konflikter (Ystgaard et al 2003).

Sosiale og økonomiske problemer kan oppstå som resultat av andre forhold, og dermed ikke alltid fungere som isolerte risikofaktorer. En kan tenke seg at helseproblemer, f.eks. alvorlig psykisk lidelse som i seg selv er en risikofaktor for selvmordsatferd, kan medvirke til et liv utenfor arbeidslivet, trangere økonomi, en enslig bosituasjon, samlivsproblemer og relasjonelle konflikter. Samtidig kan sosiale og økonomiske problemer være med på å påvirke den psykiske tilstanden. Det kan derfor være vanskelig å skille risikofaktorene fra hverandre.

8. 1. Avsluttende kommentar.

Det ser ut til å være forskjeller i hvordan sosiale og økonomiske faktorer virker i forhold til selvmordsatferd hos kvinner og menn. Studiene over kan tyde på at arbeidsforhold, økonomi, og sivilstatus er av større betydning for menns selvmordsatferd enn kvinners. Relasjonelle konflikter og omsorg for barn ser ut til å være av større betydning for selvmordsatferd hos kvinner enn hos menn. Disse faktorene kan tenkes å fungere som risiko eller beskyttelse alt ettersom de er tilstede eller fraværende. Det er ikke belegg for å påstå at kvinner objektivt sett rammes i mindre omfang enn menn av problemer som har med arbeid, økonomi og sivilstatus å gjøre (Qin et al 2000), men kvinner og menn er muligens sårbare på ulike områder.

9. 0. NEGATIVE LIVSHENDELSER.

Beautrais (2001) fant at nylige negative livshendelser var en risikofaktor for både selvmord og selvmordsforsøk. Man har også sett at belastninger i barndom, som tidlige tap av nære personer, seksuelle overgrep, kan være en medvirkende faktor for senere psykopatologi og selvmordsatferd (Mina og Gallop 1998, Maris et al 2000). Eventuelle kjønnsforskjeller negative livshendelser kan kanskje ha noe å si for forskjeller innen selvmordatferd.

Enkelte negative livshendelser er til større belastning enn andre, og det er også rimelig å anta at antall negative livshendelser i en begrenset periode er av betydning for i hvilken grad dette kan medvirke til selvmordsatferd (Maris et al 2000). I tillegg til mengden negative livshendelser, er effekten på selvmordsatferd avhengig av det enkelte menneskes særskilte sårbarhet og støtte (Maris et al 2000). En kan tenke seg et bredt spekter av hendelser som kan defineres som negative livshendelser: fysisk sykdom, dødsfall i nær relasjon, skilsmisse, økonomisk ruin, miste jobben, vold, seksuelle overgrep, offentlig skam m.m.

Det er vist at enkelte fysiske sykdommer kan være forbundet med økt selvmordsrisiko (Stenager og Stenager 2000). I kapittelet om sosiale og økonomiske faktorer kom det fram at det å være enslig kan være en sterkere risikofaktor for menn enn for kvinner (Qin et al 2000, Murphy 1998). Da er det også sannsynlig at tap av partner ved skilsmisse eller død, kan ha større betydning for menns enn for kvinners selvmordsatferd. I det samme kapittelet vises det til at økonomiske problemer og arbeidsløshet ser ut til å være en noe viktigere faktor for selvmordsatferd hos menn enn hos kvinner (Hjelmeland 1997, Murphy 1998, Platt og Hawton 2000).

Studier har påvist at seksuelle overgrep er en risikofaktor for selvmord og selvmordsforsøk, dette gjelder overgrep gjort i barndom så vel som voksen alder (Stepakoff 1998, Hjelmeland 1997, Mina og Gallup 1998). Risikofaktoren er tydelig for begge kjønn, men kvinner er mer utsatt for dette enn menn er (Hawton 2002, Mina og Gallop 1998). Stepakoff (1998) fant at en av fire kvinner som var utsatt for voldtekt, hadde gjort en eller annen form for selvmordshandling, mot en av 20 av de som ikke hadde vært utsatt for overgrep. Det vil være vanskelig å få sikre resultater på studier om overgrep og selvmord. Brockington (2001)

hevder at seksuelle overgrep utvilsomt har en effekt i forhold selvmordsforsøk, men at det mangler dokumentasjon for effekten i forhold til selvmord. Seksuelle overgrep i barndom kan ikke bare influere på selvmordsatferd, men også på psykisk lidelse. Det er vist i kapittel 3 at psykisk lidelse i seg selv er en av de sterkeste risikofaktorene for selvmordsatferd. Seksuelle overgrep ser ut til å kunne påvirke risikoen for selvmordatferd, enten direkte eller indirekte via psykisk lidelse.

9. 1. Avsluttende kommentar.

Negative livshendelser kan ha betydning for selvmordatferd. Effekten i forhold til selvmordsatferd varierer, avhengig av type hendelse, mengden hendelser og det enkelte menneskes sårbarhet. På bakgrunn av det som kom fra i kapittelet om sosiale og økonomiske faktorer, kan det se ut til at å få økonomiske problemer, bli arbeidsløs og det å bli enslig, er av større betydning for menns selvmordatferd enn kvinners. Seksuelle overgrep er en risikofaktor for begge kjønn, men kvinner er mer utsatt for dette. Overgrep har en effekt på selvmordsforsøk, effekten på selvmord er ikke påvist, men er heller ikke utenkelig. Siden kvinner er mer utsatt for seksuelle overgrep enn menn, kan det generelt ha større betydning for selvmordatferd hos kvinner enn hos menn.

10. 0. KULTURELLE FORHOLD.

Tradisjonelt har kvinner og menn hatt ulike roller og oppgaver i samfunnet og i familien. Det har vært knyttet ulike forventninger, krav og normer til kvinner og til menn. Selv om det de siste tiårene har skjedd en utvikling mot jevnere rettigheter og muligheter mellom kjønnene, så har vi fremdeles oppfatninger om hva som ansees typisk feminint og maskulint. Det høres ikke usannsynlig ut at dette kan ha betydning også for ulikheter innen selvmordsatferd, noe som flere fagfolk har gått nærmere inn på.

I både østlige og vestlige kulturer har det funnets edle og heroiske måter å dø på gjennom selvmordsliknende handlinger, hevder Andriolo (1998). Videre hevder hun at disse handlingene ofte er ritualisert, for det meste forbeholdt menn, og at disse kulturene i hovedsak fordømmer selvmord blant kvinner. Det er ulike holdninger til kvinners og menns selvmordsatferd i disse kulturene (Andriolo 1998, Tousignant et al 1998).

I nesten alle land og kulturer har menn høyere selvmordsrater enn kvinner, men det finnes unntak. For eksempel har China, Papua New Guinea og områder i India høyere selvmordsrater for kvinner enn for menn (Canetto og Lester1995, Cheng og Lee 2000, Tousignant et al 1998). Canetto og Sakinofsky (1998) hevder at kjønnsparadokset er et mer ustabilt og kulturelt bestemt fenomen enn tradisjonelt antatt. Bille-Brahe (2000) skriver at kulturelle mønster ikke kan forstås helt uavhengig av samfunnsmessige strukturer som klasse, politikk, maktfordeling, religion osv . Det blir for omfattende å gå nærmere inn på særskilte forhold i flere kulturer og områder. Fokuset blir derfor i det følgende satt på vestlig kultur.

I vestlig kultur er typiske trekk ved feminin atferd forbundet med passivitet, avhengighet, svakhet, omsorg for andre og uttrykk for følelser med unntak av aggresjon, og de typiske maskuline trekk er instrumentalitet, aggressivitet og styrke (Hjelmeland 1997). Murphy (1998) hevder at kvinner i større grad enn menn identifiserer seg gjennom det de er i relasjon til andre mennesker, mens menn i større grad enn kvinner identifiserer seg som individ og gjennom handling. Slik kan en si at et tradisjonelt vestlig syn er at femininitet karakteriseres

ved det relasjonelle, svake, kommunikative og emosjonelle, mens maskulinitet karakteriseres ved det individuelle, sterke, handlingsrettede og rasjonelle.

Hjelmeland (1997) skriver at ikke dødelig selvmordsatferd kan sees på som en atferd med mening og hensikt i den sosiale sammenhengen personen befinner seg i, og at man kan anta at kjønnsrollene i samfunnet kan forklare kvinne dominansen i denne typen atferd. Murphy (1998) hevder at omtanke for andre ligger dypt i kvinner, og at en bevissthet om hvordan andre vil påvirkes beskytter kvinner mot å gjennomføre selvmord. På den annen side er det flere kvinner enn menn som påfører familie og venner bekymringer og plager gjennom selvmordsforsøk, noe som kanskje ikke kan betegnes som særlig omtenkstomt.

Det er en vanlig oppfatning at kvinner i større grad enn menn tillater seg å snakke med noen, ombestemme seg, og det kan være beskyttelse i det at kvinner i større grad enn menn søker hjelp (Murphy 1998). Når en ser på all selvmordsatferd under ett, så er det flere kvinner enn menn som gjør selvmordshandlinger totalt sett (Clifton and Lee 1995, Canetto og Lester 1995). Man kan derfor også hevde at kvinner ikke er mer beskyttet mot selvmordsatferd enn menn er (Canetto og Lester 1995). Når kvinner i sin kjønnsrolle og identitet er mer relasjonelle enn menn, så kan det tenkes at dette ikke bare gir beskyttelse, men også en ekstra sårbarhet for relasjonelle problemer (Clifton og Lee 1995)

Det at kvinner antas i større grad å være åpne om sine problemer, har ført til en teori om at kvinner i større grad enn menn rapporterer korrekt om selvmordsforsøk i ettertid, for eksempel i studier som er basert på selvrapporing (Moscicki 1994, Canetto og Sakinofsky 1998). En tenker seg da at menns selvmordsforsøk underrapporteres og at det kan forklare kvinners høyere rater for selvmordsforsøk (Canetto og Sakinofsky 1998, Moscicki 1994). Nå viser det seg at det er en overvekt av kvinner også i studier om selvmordsforsøk som ikke er basert på selvrapporing, men på sykehusinnleggelse / kontakt med helsevesenet (Beautrais 2001, Schmidtke et al 1996).

Funn tyder på at menn i flere situasjoner enn kvinner kan se selvmord som en akseptabel løsning (Stillion 1995). Det er en alminnelig holdning at selvmord anses som en maskulin handling og selvmordsforsøk som en feminin handling (Murphy 1998, Canetto og Sakinofsky 1998). Det hevdes at det i større grad er akseptert at en kvinne gjør selvmordsforsøk, og at en mann gjør selvmord (Murphy 1998, Canetto og Sakinofsky 1998, Andriolo 1998). Dette

medfører at menn som gjør en feminin handling som selvmordsforsøk, fordømmes i sterkere grad enn kvinner som gjør den samme handlingen. Canetto og Sakinofsky (1998) mener at en negativ holdning til menns selvmordsforsøk til en viss grad kan hindre både forsøk og rapportering om selvmordsforsøk hos menn.

Moscicki (1994) hevder at det er forskjeller i hva som er aksepterte selvdestruktive handlinger for kvinner og for menn. I følge socialization theory gjør menn selvmordsforsøk i mindre grad enn kvinner, fordi dette anses som feminint, og de står i fare for en sterkere sosial fordømming enn kvinner (Moscicki 1994). Samtidig finnes det selvdestruktive handlinger som regnes som mer maskuline, for eksempel rusmisbruk, aggressiv og farlig atferd, der menn møter noe mindre fordømming enn kvinner (Moscicki 1994). Canetto og Sakinofsky (1998) presenterer en liknende teori som den mest sentrale forklaringen på kjønnsparadokset, men kaller teorien kulturelle skript. Kulturelle skript består av den enkelte kulturens sett av regler for hva som er typisk og akseptert atferd for kvinner og for menn. Dels lærer kvinner og menn ulike handlingsreportoarer, dels blir man fordømt og misforstått dersom man går på tvers av det som er vanlig og akseptert. Kulturelle skript fungerer som retningslinjer for egen selvmordsatferd, og en forklaring på andres. Hva som er kulturelle skript varierer fra kultur til kultur, og det kan finnes undergrupper med ulike kulturelle skript i ett og samme samfunn. Canetto og Sakinofsky (1998) mener at denne teorien kan forklare både kjønnsparadokset og unntakene.

10. 1. Avsluttende kommentar.

Forklaringene som tar utgangspunkt i kulturelle forhold, blir mer teoretiske enn andre forklaringer, og er kanskje vanskeligere å påvise. I tradisjonell vestlig kultur er det ulikt syn på kvinner og menn på tross av en utjevning i rettigheter de senere tiårene. Forskjeller i synet på kvinner og menn i en kultur kan påvirke mange typer atferd og føre til forskjeller i atferd hos kvinner og menn, også innen selvmordsatferd. Det virker sannsynlig at kulturelle forhold er sentralt for forskjellen på kvinners og menns selvmordsatferd. Det betyr ikke at andre faktorer er uten betydning. For fullt ut å forstå selvmordsatferd må kulturelle forhold sees i sammenheng med andre faktorer, slik som mennesker kontinuerlig påvirkes av flere faktorer samtidig.

11. 0. DISKUSJON.

Det er tydelige forskjeller på selvmordsatferd hos kvinner og menn. En kan kanskje tenke seg at kjønnsforskjellen i ratene for selvmordsforsøk kunne bli mindre dersom det er slik at menn i mindre grad enn kvinner rapporterer om selvmordsforsøk. Likevel ville det være en motsetning i selvmordsatferden. For at forskjellen mellom selvmord og selvmordsforsøk hos kvinner og menn skulle utjevnes helt, måtte kvinner hatt fra halvparten til en fjerdedel av menns rater for selvmordsforsøk, siden kvinner har halvparten til en fjerdedel av menns selvmordsrater i den vestlige verden. Studier som ikke er basert på selvrapportering viser også en overvekt av kvinner i selvmordsforsøk. De funn som det vises til i denne oppgaven tyder på at kjønnsparadokset er tallmessig reellt; det er flere menn enn kvinner som gjør selvmord, samtidig som flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk.

Depresjon er vist å være den største enkeltstående risikofaktoren for selvmordsatferd for både kvinner og menn. Paradoksalt nok er det flere kvinner enn menn som har depresjon, samtidig som flere menn enn kvinner gjør selvmord. Det er foreslått at denne motsetningen kan ha sammenheng med at kvinner i større grad enn menn søker behandling for depresjon eller at menns depresjon arter seg annerledes enn kvinners, men disse teoriene synes ikke å gi noen fullgod forklaring på denne gåten. Selv om depresjon er funnet å være den største enkeltstående risikofaktor for selvmordsatferd, så er det mekanismer i forholdet mellom depresjon, kjønn og selvmordsatferd som ikke er klarlagt. Depresjon hos kvinner og hos menn kan ikke bidra vesentlig til å forklare kjønnsparadokset innen selvmordsatferd.

Rusmisbruk er den nest største enkeltstående risikofaktoren for selvmordsatferd. Rusmidler er funnet å ha særlig stor effekt på ikke planlagte selvmordsforsøk. Det er følgelig også rimelig å tenke seg at rusmisbruk kan ha effekt på ikke planlagte selvmord, med tanke på at rusmidler kan redusere både dømmekraft og impulskontroll. Rusmisbruk er mer utbredt blant menn enn blant kvinner, og kan derfor bidra vesentlig til å forklare hvorfor menn gjør selvmord oftere enn kvinner. Derimot kan rusmisbruk ikke forklare hvorfor kvinner i større grad enn menn gjør selvmordsforsøk.

Rent biologisk er det i oppgaven vist få entydige forklaringer på kjønnsforskjeller innen selvmordsatferd. Serotonin ser ut til å ha en betydning for redusert impuls kontroll, aggresjon og vold, men det er i oppgaven ikke hvordan dette kan ha betydning for kjønnsforskjeller innen selvmordsatferd. Kjønnsforskjeller i impulsiv atferd kan tenkes å skyldes mer enn bare biologiske forhold, det kan også ha sammenheng med kulturelle forhold. Serotoninbalansen kan være forandret ved psykiske lidelser, som i seg selv anses å være en betydelig risikofaktor for selvmordsatferd. Kvinner ser ut til å ha en beskyttelse mot selvmordsatferd under svangerskap og det første året etter nedkomst. Dette er bare en kort periode av livet og kan tenkes å ha med både biologiske, kulturelle, sosiale og psykiske faktorer å gjøre. Det er rimelig å anta at biologiske forhold på en eller annen måte har betydning for de entydige kjønnsforskjellene i selvmordsatferd, men p.r. i dag er det ikke tilstrekkelig kunnskap om dette.

I bruk av metoder ved selvmord er det klare kjønnsforskjeller, og menn bruker i større grad enn kvinner metoder som regnes for å ha høy letalitet. Samtidig er det flere menn enn kvinner som dør innenfor alle de vanligste selvmordsmetodene, også forgiftning. Valg av metode kan dels være avhengig av tilgjengelighet til metoder, og dels kulturens syn på den enkelte metoden. Bruk av ulike metoder kan også skyldes kjønnsforskjeller i fortrolighet med metodene. Dette kan igjen ha sammenheng med forskjeller i menns og kvinners kjønnsroller. Noen selvmordsmetoder anses som mer feminine eller mer maskuline enn andre. Selvmordsmetoder der døden inntreffer raskt og med liten mulighet for å angre eller reddes er vanligere blant menn. Kjønnsforskjeller i selvmordsmetoder kan bidra til å forklare kjønnsparadokset. Likevel er ikke dette en fullstendig forklaring, siden flere menn enn kvinner dør innenfor alle de vanligste selvmordsmetodene.

I bruk av metoder ved selvmordsforsøk er det ikke funnet klare kjønnsforskjeller, og det store flertallet av både kvinner og menn bruker de metodene som regnes for å være blant de minst letale. Dette står i kontrast til kjønnsforskjellene ved selvmordsmetoder. Ved selvmord er det tydelige kjønnsforskjeller i bruk av metode, men ikke ved selvmordsforsøk.

I intensjon med selvmordsforsøk er det ikke påvist betydelige kjønnsforskjeller. Dette stemmer godt overens med at det heller ikke er påvist betydelige kjønnsforskjeller i bruk av metode ved selvmordsforsøk. Dette kan bety at det ikke er klare kjønnsforskjeller i intensjon, men det kan også bety at dette er et område man vet for lite om i dag. Det er heller ikke påvist

kjønnsforskjeller i intensjon ved selvmord. Dette kan tyde på at kvinner og menn som gjør selvmordshandlinger er ganske like med hensyn til intensjon. De kunnskaper som finnes om intensjon ved selvmordsatferd, kan ikke bidra vesentlig til å forklare kjønnsparadokset.

I mellom selvmordsforsøk og selvmord er det mange likhetstrekk og felles risikofaktorer, men det er også forskjeller. Det er en økt selvmordsrisiko etter selvmordsforsøk, og slik sett er det sammenheng mellom de to typene atferd. Samtidig er det mange som selv etter gjentatte selvmordsforsøk ikke gjør selvmord, her er kvinner i flertall. Mange av de som gjør selvmord har ikke gjort noe tidligere selvmordsforsøk, her er menn i flertall. På bakgrunn av dette kan en del selvmordsforsøk forstås på samme måte som selvmord, mens andre selvmordsforsøk kan synes å være uttrykk for noe annet. Det kan være behov for å gå nærmere inn på forskjeller innenfor selvmordsforsøk. Selvmord og selvmordsforsøk kan se ut til å være bare delvis overlappende fenomener. Et klarere bilde av dette ville trolig kunne bidra til å forklare kjønnsparadokset.

I sosiale og økonomiske faktorer, ser det ut til å være en viss kjønnsforskjell i hva som kan ha betydning for selvmordsatferd. Arbeid, økonomi og det å være enslig ser ut til å være av større betydning for menns selvmordsatferd enn kvinners. Omsorg for barn og relasjonelle konflikter er av større betydning for kvinners enn menns selvmordsatferd. Disse faktorene kan fungere som risiko eller beskyttelse alt ettersom de er tilstede eller fraværende. Sosiale og økonomiske forhold kan også oppstå på bakgrunn av andre risikofaktorer, for eksempel kan langvarig rusmisbruk føre til problemer innenfor arbeid, økonomi og samliv. Det ser ikke ut til at forskjeller i graden av sosiale og økonomiske belastninger hos kvinner og hos menn kan bidra vesentlig til å forklare kjønnsparadokset. Derimot kan det se ut som om menn og kvinner har en tendens til sårbarhet på ulike områder, og til dels beskyttes gjennom ulike faktorer.

I negative livshendelser er det grunn til å tro at det å bli arbeidsløs, å bli enslig ved dødsfall eller skilsmisse, å få alvorlige økonomiske problemer kan være av noe større betydning for menns selvmordsatferd enn kvinners. Dette kan en slutte delvis på bakgrunn av kjønnsforskjellene som ble vist innen sosiale og økonomiske faktorer. Seksuelle overgrep er en risikofaktor for begge kjønn når det gjelder selvmordsforsøk. Sammenhengen med selvmord er ikke påvist, men heller ikke utenkelig. Kvinner er mer utsatt for seksuelle

overgrep enn menn er. Dette kan bidra til å forklare at kvinner i større grad enn menn gjør selvmordsforsøk, men ikke kvinners lavere rater for selvmord.

I vestlig kultur er det forskjeller i hva som ansees å være feminint og hva som ansees å være maskulint. Dette avspeiles i kjønnsroller og forskjeller i hva som er forventet og akseptert atferd for kvinner og for menn. Kvinner kan ha en beskyttelse i det at de i større grad enn menn søker hjelp og støtte gjennom relasjoner, men dette kan også medføre en økt sårbarhet når relasjoner fungerer dårlig. Det kan tenkes at menn generelt ikke reagerer like sterkt på relasjonelle konflikter, men det er også mulig at menn reagerer med annen atferd enn kvinner. Kulturelt ser det ut til å være kjønnsforskjeller i hva som er mer akseptert selvdestruktiv atferd. En slik forskjell vil bl.a. bestå i at selvmord ansees som en maskulin atferd, og at selvmordsforsøk ansees som en feminin atferd. Et vesentlig moment for menns lavere rater for selvmordsforsøk, kan følgelig være faren for sosial fordømmelse i det at selvmordsforsøk er definert som en feminin handling og et tegn på svakhet. Kulturelle forhold har sannsynligvis vesentlig betydning for forskjeller i selvmordsatferd, og kan således bidra til å forklare kjønnsparadokset.

1 2. 0. KONKLUSJON.

Funnene viser at det faktisk er slik at flere menn enn kvinner gjør selvmord, samtidig som flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk. Dette er gyldig i alle aldersgrupper, og i alle registreringer over tid.

En del av de faktorene som er belyst i oppgaven ser ut til å kunne bidra til å forklare kjønnsparadokset. Rusmisbruk ser ut til bidra til å forklare menns høyere selvmordsrater. Det er rimelig å anta at biologi har en betydning for kjønnsforskjeller innen selvmordsatferd, men uklart på hvilken måte. Det er kjønnsforskjeller i metoder ved selvmord som kan bidra til å forklare menns høyere selvmordsrater. Visse forskjeller mellom selvmordsforsøk og selvmord kan muligens bidra til å forklare kjønnsparadokset. Innenfor sosiale / økonomiske faktorer og negative livshendelser ser det ut til å være kjønnsforskjell i sårbarhetsområder og beskyttelsesfaktorer. Seksuelle overgrep kan bidra til å forklare kvinners høyere rater for selvmordsforsøk. Kulturelle forhold kan bidra vesentlig til å forklare kjønnsparadokset.

Ingen av disse faktorene kan alene forklare hele kjønnsparadokset, men til sammen blir bildet noe klarere og mindre paradoksalt.

Det er likevel forhold som er uklare og områder det er behov for mer kunnskap, for eksempel innenfor biologi, intensjoner og om sammenhengen mellom depresjon og selvmordsatferd. Det kan også være nyttig å vite mer om forskjeller innenfor selvmordsforsøk, for å få et enda klarere bilde av kjønnsparadokset. Når det er betydelige kjønnsforskjeller innenfor selvmordatferd, så kan det tenkes at det bør taes hensyn til dette i ulike forebyggingsstrategier og behandlingsformer.

REFERANSER.

- Andriolo K R: Gender and the Cultural Constructions of Good and Bad Suicides. Suicide and Life-Threatening behavior, Volume 28, no 1, Spring 1998, s 37-49.
- Baca-Garcia E, Vaquero C, Diaz-Sastre C, Saiz-Ruiz J, Fernandez-Piqueras J, de Leon J: A Gender-specific association between the serotonin transporter gene and suicide attempt. Neuropsychopharmacology, May, 26(5), 2002, s 692-695.
- Beautrais AL: Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychological Medicine, 31, 2000, s 837-845.
- Bille-Brahe U: Sociology and Suicidal Behaviour. In: Hawton K & Heeringen K V: The international handbook of suicide and attempted suicide. John Wiley & Sons, 2000, s 192-207.
- Borges G, Walters E E, Kessler R C: Association of Substance Use, Abuse, and dependence With Subsequent Suicidal Behavior. American Journal of Epidemiology, Vol 151, No 8, 2000, s 781- 789.
- Brockington I: Suicide in Women. International Clinical Psychopharmacology, Vol 16, 2001, s 7-19.
- Bull F, Eskeland A, Tandberg E; Gyldendals store konversasjonsleksikon. Gyldendal, 1972.
- Canetto S S, Lester D: Women and Suicidal Behavior: Issues and Dilemmas. In: Canetto S S, Lester D: Women and Suicidal Behavior. Springer Publishing Company, 1995, s 3-7.
- Canetto S S, Lester D: The Epidemiology of Womens Suicidal Behaviour. In: Canetto S S, Lester D: Women and Suicidal Behavior. Springer Publishing Company, 1995, s 35-57.
- Canetto S S, Sakinofsky I: The Gender Paradox in Suicide. Suicide and Life-Threatening Behaviour, Volume 28, no1, Spring 1998, s 1-23.
- Cantor C H: Suicide in the Western World. In: Hawton K & Heeringen K V : The international handbook of suicide and attempted suicide, John Wiley & Sons, 2000, s 9-25
- Card J J: Lethality of Suicidal Methods and Suicide Risk: Two Distinct Concepts. Omega, Vol 5, No 1, 1974, s 37-45.
- Catalan J: Sexuality, Reproductive Cycle and Suicidal Behaviour. In: Hawton K & Heeringen K V: The international handbook of suicide and attempted suicide. John Wiley & Sons, 2000, s 293-307.

- Cavanagh J.T.O, Carson A.J, Sharpe M, Lawrie S.M: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 2003, s 395-405.
- Cheng A T A, Lee C S: Suicide in Asia and the Far East. In: Hawton K, Heeringen K V: *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons, 2000, s 29-48.
- Clifton A K, Lee D E: Gender Socialization and Women's Suicidal Behaviors. In: Canetto S S, Lester D: *Women and Suicidal Behavior*. Springer Publishing Company, 1995, S 61-70.
- Grøholt B, Ekeberg Ø, Wickstrøm L, Haldorsen T: Sex Differences in Adolescent Suicides in Norway, 1990-1992. A clinical and epidemiological study from Norway 1990-1994. Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry, Department of Behavioral Sciences in Medicine, University of Oslo, 1999, s 295-308.
- Hawton K: Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 2000, s 484-485.
- Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R: Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, volume 325, 2002, s 1207-1211.
- Heeringen K V, Hawton K, Williams J M G: Pathways to Suicide: an Integrative Approach. In: Hawton K & Heeringen K V: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley & Sons, 2000, s 223 – 234.
- Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, Lönqvist JK: Mental Disorders and Comorbidity in Suicide. *American Journal of Psychiatry*. 150:6, June 1993, s 935- 940
- Hert M D , Peuskens J: Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Schizophrenia. In: Hawton K & Heeringen K V : *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons, 2000, s121-134.
- Hjelmeland H: Parasuicide: General Epidemiology and Prediction of Repetition of Suicidal Acts with Special Reference to Intentions and Sex Differences. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Norwegian University of Science and Technology, 1997.
- Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U, DeLeo D, Fekete S, Grad O, Haring C, Kerkhof Ad JFM, Lönqvist J, Michel K, Renberg E S, Schmidtke A, Heeringen K V, Wasserman D: Why people engage in parasuicide: a crosscultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), Winter 2002. 380- 393.
- Hjelmeland H, Nordvik H, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof Ad JFM, Lönqvist J, Michel K, Salander Renberg E, Schmidtke A, Wasserman D: A Cross-Cultural Study of Suicide Intent in Parasuicide Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30 (4) Winter 2000, s295-303.

- Hjelmeland H & Knizek B L: Conceptual confusion about intentions and motives of nonfatal Suicidal behaviour: A discussion of terms employed in the literature of suicidology. Archives of Suicide Research, 5, 1999, s 275-281.
- Hjelmeland H: Parasuicid (selvmordsforsøk) – epidemiologiske aspekter. I: Mehlum L: Tilbake til livet, selvmordsforebygging i teori og praksis. Høyskoleforlaget 1999, s 42-57.
- Isometsa E T, Lönnqvist J K : Suicide attempts preceding completed suicide. The British Journal of Psychiatry, vol 173 (12), Decemer 1998, s 531 – 535.
- Kerkhof J F M: Attempted Suicide: Patterns and Trends. In: Hawton K, Heeringen KV: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. John Wiley & sons, 2000, s 49-64.
- Knudsen T, Sommerfelt A: Norsk riksmålsordbok. H. Aschehoug & co, 1947.
- Kringlen, E: Depresjon. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, 2001.
- Leenaars A A: Are Womens Suicides Really Different from Men`s? Women and Health, Vol 14 (1), 1988, s 17-33.
- Lönnqvist J K: Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression. In: Hawton K & Heeringen K V: The international handbook of suicide and attempted suicide. John Wiley & sons, 2000, s105-120.
- Marc-Wogau K: Filosofisk leksikon. Fabritius, 1969.
- Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Foundations of Suicidology. In: Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford Press, 2000, s 32-37.
- Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Suicide, Gender and Sexuality. In: Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford Press, 2000, s 145-169.
- Maris R W, Berman A L, Silverman M M: The Social Relations of Suicides. In: Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford Press, 2000; s 240-265.
- Maris R W, Berman A L, Silverman M M : Suicide Attempts and Methods. In: Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford Press, 2000, s 284 – 308.
- Mehlum L: Hva er selvmord og hvor hyppig er det? I: Mehlum L: Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis. Høyskoleforlaget, 1999, s 20 – 41.
- Mehlum L, Hytten K: Hva vet vi om årsakene til selvmord? I: Mehlum L: Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis. Høyskoleforlaget, 1999, s 58-85.

- Mina E E S, Gallop R M: Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult Self-Harm and Suicidal Behavior: A Literature Review. *Can. J. Psychiatry*, 43, 1998, 793-800.
- Mortensen P B, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N: Psychiatric illness and Risk factors for suicide in Denmark. *The Lancet*, Vol 355, 1, January, 2000, s 9-12.
- Moscicki E K: Gender Differences in Completed and Attempted Suicides. *AEP*, Vol. 4, No.2 March 1994, s 152-158.
- Moscicki E K, O'Carroll P, Rae D S, Locke B Z, Roy A, Regier D A: Suicide Attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 61, 1988, s 259-268.
- Murphy G E: Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Substance Abuse. In: Hawton K & Heeringen KV: *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & sons, 2000, s 135-146.
- Murphy G E: Why Women Are Less Likely Than Men to Commit Suicide. *Official Journal of the American Psychopathological Association*, July/August, 1998, s 165-175.
- Nock M K & Marzuk P M: Suicide and Violence. In: Hawton K & Heeringen K V: *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley and Sons, 2000, s 437-456.
- Platt S, Hawton K: Suicidal Behaviour and the Labour Market. In: Hawton K & Heeringen K V: *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons, 2000, s309-384.
- Qin P, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen P B: Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*, Vol 177, December 2000, s 546-550.
- Retterstøl N: *Selv mord*. Universitetsforlaget 1990.
- Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L: *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem* Gyldendal Akademisk, 2002
- Ringskog S: Könsparadoxen. Varför tar dubbelt så många män än kvinnor sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade? Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm, 2001.
- Rossow I: Rusmiddelbruk og suicidal atferd. *Suicidologi*, nr 3, 2001, s 5-7.
- Rund B R: Bakgrunnen for psykoseprosjektet. I: Borchgrevink T S, Fjell A, Rund B R: *Psykososial behandling ved psykoser*. Tano Aschehoug, 1999, s 15-31.
- Rutz W, Wålinder J, Rhimer Z, Pestalitiy P: Manlig depression – stressreaktion kombinerat med serotoninsvaghet? *Läkartidningen*, vol 96, nr 10, 1999, s 1177- 1178.

- Sakinofsky I: Repetition of Suicidal Behavior. In: Hawton K, Heeringen K V: The International handbook of suicide and attempted suicide. John Wiley & sons, 2000, s 385 – 404..
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lønnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillipe I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio-Faria J G: Attempted suicide and sosiodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavia, 93, 1996, s 327-338.
- Silva I D S: Cancer Epidemiology: Principles and Methods. International Agency for Research on Cancer, France, 1999, s 1 – 9.
- Silverman M M: In This Issue. Suicidal and Life-Threatening Behavior, Vol 28, Spring 1998, s v-vii.
- Snoek J E, Engedal K: Psykiatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer. Akribes Forlag, 2001, s 69-79.
- Statens helsetilsyn: Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Utredningsserie 3–2000.
- Statistisk sentralbyrå: Historisk statistikk: Selvmord etter kjønn 1826-1995. 2000.
- Statistisk sentralbyrå: Selvmord etter døds måte. 1976 – 2000. 2002.
- Statistisk sentralbyrå: Selvmord og selvmordsrate per 100 000 innbyggere, etter kjønn og alder. 1951-2001. 2002.
- Stenager E N, Stenager E: Physical Illness and Suicidal behaviour. In: Hawton K, Heeringen K V: The International handbook of suicide and attempted suicide. John Wiley & sons, 2000, s 405-420.
- Stepakoff S: Effects of Sexual Victimization on Suicidal Ideation and Behaviour in U.S. College Women. Suicide and Life-Threatening Behaviour, Vol 28, Spring 1998, s 107-126.
- Stillion J M: Through a Glass Darkly: Women and Attitudes Toward Suicidal Behavior. In: Canetto S S, Lester D: Women and Suicidal Behavior. Springer Publishing Company, 1995, s 71-84.
- Thompson J, Martinsson T: Matematikkleksikon. Kunnskapsforlaget, 1997.
- Thorsen G-R B: Schizofreni. Informasjonshfte om schizofreni for pasienter, pårørende og andre. Stiftelsen Psykiatrisk opplysning, 2001.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V: The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. Arch. Gen. Psychiatry, Vol 58, June 2001 s 590-596.

- Tousignant M, Seshadri S, Raj A: Gender and Suicide in India: a Multiperspective Approach, Suicide and Life-Threatening Behavior, vol 28, 1998, s 50-61.
- Träskman-Bendz L, Mann J J: Biological Aspects of suicidal Behavior. In: Hawton K & Heeringen K V: The international handbook of suicide and attempted suicide. John Wiley & sons, 2000, s 65-77.
- Wichstrøm L & Rossow I: Explaining the Gender Difference in Self-Reported Suicide Attempts: A Nationally Representative Study of Norwegian Adolescents. Suicide And Life-Threatening Behaviour, 32(2), Summer 2002, s 101-116.
- Williams J M G, Pollock L R: The Psychology of Suicidal Behavior. In: Hawton K & Heeringen K V: The international handbook of suicide and attempted suicide. John Wiley & sons, 2000, s 79 - 93.
- Ystgaard M, Reinholt N P, Husby J, Mehlum L: Villet egenskade blant ungdom. Tidsskrift Norsk Lægeforening, nr 16, 2003, 123: 2241-5.
- Ystgaard M: Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. Suicidologi, nr 2, 2003, s 7-10.

PENSUMLISTE

Oddrun Burheim

Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid 2003.

PENSUMLISTE: OBLIGATORISK LITTERATUR

Antonofsky A: Helbredets mysterium. Hans Reitzels forlag, 2002.

Holten K: Handlingsplan mot selvmord 1994-98. Statens helsetilsyn , Skriftserie, 4 – 95, Oslo 1995.

Hawton K og Heeringen K V: The international handbook of suicide and attempted Suicide. John Wiley and Sons, 2000.

Mehlum L: Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis. Høgskoleforlaget, 1999.

Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord 200 – 2002. Universitetet i Oslo, Seksjon for selvmordsforskning og –forebygging, 2000.

Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L: Selvmord, et personlig og samfunnsmessig Problem. Gyldendal Akademisk, 2002, kapittel 4, 5, 15, 24.

Ramsay R F m.fl: ASIST; Trainers manual, Standard procedures. Living Works Education, Canada 2000, kap I – IV. På norsk: Prøveutkast av kursledermanualen til kurset: førstehjelp ved selvmordsfare. Undervisningsprogrammet Vivat, 2003.

Schibby AL L: Å bli kjent med seg selv og den andre: om selvrefleksivitet og undring i dialektisk relasjonsteori. I Andersen og Karlsson: Psykiatri i endring. Ad Notam Gyldendal, 1998, kapittel 6.

Seikkula, J: Åpne samtaler. Tano Aschehough, 2000, kapittel 2, 3, 4, 9.

Silverman M: Approaches to suicide prevention: a focus on models. I Ramsay R F og Tanney B L: Global trends in suicide prevention: toward the development of national strategies for suicide prevention. Tana Institute of Sicial Sciences, 1996, kapittel 2.

Heeringen K V: Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to researc treatment and prevention. John Wiley and Sons, 2001.

Weiseth L og Dalgard O S: Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid. Gyldendal Akademisk, 2001, kapittel 19.

PENSUMLISTE: SELVVALGT LITTERATUR.

- Amundsen K, Mehlum L, Schjelderup G: Humanistisk- medisinske perspektiver på selvmord og forebygging. Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo, 2001. 125 s
- Andriolo K R: Gender and the Cultural Constructions of Good and Bad Suicides. Suicide and Life -Threatening behavior, Volume 28, no 1, Spring 1998, s 37-49. 13 s
- Beautrais AL: Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychological Medicine, 31, 2000, s 837-845. 9 s
- Berg N B: Blåmann. Aschehoug, 2002. 233 s
- Borges G, Walters E E, Kessler R C: Association of Substance Use, Abuse, and Dependence With Subsequent Suicidal Behavior. American Journal of Epidemiology, Vol 151, No 8, 2000, s 781- 789. 9 s
- Brockington I: Suicide in Women. International Clinical Psychopharmacology, Vol 16, 2001, s 7-19. 13 s
- Bøhle S: Noen blir tilbake. Når et menneske tar sitt liv. Ex libris forlag, 1988. 105 s
- Canetto S S, Lester D: Women and Suicidal Behavior. Springer Publishing Company, 1995. 287 s
- Canetto S S, Sakinofsky I: The Gender Paradox in Suicide. Suicide and Life-Threatening Behaviour, Volume 28, no1, Spring 1998, s 1-23. 23 s
- Card J J: Lethality of Suicidal Methods and Suicide Risk: Two Distinct Concepts. Omega, Vol 5, No 1, 1974, s 37-45. 9 s
- Cavanagh J.T.O, Carson A.J, Sharpe M, Lawrie S.M: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine, 33, 2003, s 395-405. 11 s
- Gardell J: En komikers uppväxt. Norstedts Förlag, 1992. 248 s
- Grøholt B, Ekeberg Ø, Wickstrøm L, Haldorsen T: Sex Differences in Adolescent Suicides in Norway, 1990-1992. A clinical and epidemiological study from Norway 1990-1994. Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry, Department of Behavioral Sciences in Medicine, University of Oslo, 1999, s 295-308. 14 s
- Hawton K: Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. The British Journal of Psychiatry, 177, 2000, s 484-485. 2 s

- Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R: Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. British Medical Journal, volume 325, 2002, s 1207-1211. 5 s
- Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK: Mental Disorders and Comorbidity in Suicide. American Journal of Psychiatry. 150:6, June 1993, s 935- 940 6 s
- Hjelmeland H: Parasuicide: General Epidemiology and Prediction of Repetition of Suicidal Acts with Special Reference to Intentions and Sex Differences. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Norwegian University of Science and Technology, 1997. 97 s
- Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U, DeLeo D, Fekete S, Grad O, Haring C, Kerkhof Ad JFM, Lönnqvist J, Michel K, Renberg E S, Schmidtke A, Heeringen K V, Wasserman D: Why people engage in parasuicide: a crosscultural study of intentions. Suicide and Life-Threatening Behavior, 32(4), Winter 2002. 380- 393. 14 s
- Hjelmeland H, Nordvik H, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof Ad JFM, Lönnqvist J, Michel K, Salander Renberd E, Schmidtke A, Wasserman D: A Cross-Cultural Study of Suicide Intent in Parasuicide Patients. Suicide and Life-Threatening Behavior, 30 (4) Winter 2000, s295-303. 9 s
- Hjelmeland H & Knizek B L: Conceptual confusion about intentions and motives of nonfatal Suicidal behaviour: A discussion of terms employed in the literature of suicidology. Archives of Suicide Research, 5, 1999, s 275-281. 7 s
- Hjelmeland H: Parasuicide (selvmordsforsøk) – epidemiologiske aspekter. I: Mehlum L: Tilbake til livet, selvmordsforebygging i teori og praksis. Høyskoleforlaget 1999, s 42-57. 16 s
- Isometsa E T, Lönnqvist J K : Suicide attempts preceding completed suicide. The British Journal of Psychiatry, vol 173 (12), Decemer 1998, s 531 – 535. 5 s
- Leenaars A A: Are Womens Suicides Really Different from Men's? Women and Health, Vol 14 (1), 1988, s 17-33. 17 s
- Lester D: Suicide in creative women. Nova Science Publ, 1993. 160 s
- Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Foundations of Suicidology. In: Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford Press, 2000, s 32-37. 6 s
- Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Suicide, Gender and Sexuality. In: Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford Press, 2000, s 145-169. 25 s

- Maris R W, Berman A L, Silverman M M: The Social Relations of Suicides.
In: Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Comprehensive Textbook of
Suicidology. The Guilford Press, 2000; s 240-265. 26 s
- Maris R W, Berman A L, Silverman M M : Suicide Attempts and Methods.
In: Maris R W, Berman A L, Silverman M M: Comprehensive Textbook of
Suicidology. The Guilford Press, 2000, s 284 – 308. 25 s
- Mina E E S, Gallop R M: Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult
Self-Harm and Suicidal Behavior: A Literature Review. Can. J. Psychiatry,
43, 1998, 793-800. 8 s
- Mortensen P B, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergard-Nielsen N:
Psychiatric illness and Risk factors for suicide in Denmark. The Lancet,
Vol 355, 1, January, 2000, s 9-12. 4 s
- Moscicki E K: Gender Differences in Completed and Attempted Suicides.
AEP, Vol. 4, No.2 March 1994, s 152-158. 7 s
- Moscicki E K, O'Carroll P, Rae D S, Locke B Z, Roy A, Regier D A: Suicide
Attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. The Yale Journal of
Biology and Medicine, 61, 1988, s 259-268. 10 s
- Murphy G E: Why Women Are Less Likely Than Men to Commit Suicide.
Official Journal of the American Psychopathological Association, July/August,
1998, s 165-175. 11 s
- Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen P B: Gender
differences in risk factors for suicide in Denmark. The British Journal of
Psychiatry, Vol 177, December 2000, s 546-550. 5 s
- Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L: Selvmord – et personlig og
samfunnsmessig problem. Gyldendal akademisk, 2002, kapittel
1 – 3, 6 – 14, 16 – 23. 254 s
- Ringskog S: Könsparadoxen. Varför tar dubbelt så många män än kvinnor
sina liv, samtidigt som det är flest kvinnor som är deprimerade? Nationellt
centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa,
Stockholm, 2001. 19 s
- Rossow I: Rusmiddelbruk og suicidal atferd. Suicidologi, nr 3, 2001, s 5-7. 3 s
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P,
Haring C, Hawton K, Lønnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I,
Phillipe I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Fricke S,
Weinacker B, Sampaio-Faria J G: Attemptedsuicide and sociodemographic
characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of
the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica
Scandinavia, 93, 1996, s 327-338. 12 s

Silverman M M: In This Issue. Suicidal and Life-Threatening Behavior, Vol 28, Spring 1998, s v-vii.	3 s
Statens helsetilsyn: Bærumsmodellen 1984 – 94. Skriftserie 1 - 96, 1996.	48 s
Statens helsetilsyn: Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. Utredningsserie 3 – 2001.	30 s
Statens helsetilsyn: Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport. Skriftserie 3 –2000.	49 s
Stepakoff S: Effects of Sexual Victimization on Suicidal Ideation and Behaviour in U.S. College Women. Suicide and Life-Threatening Behaviour, Vol 28, Spring 1998, s 107-126.	20 s
Torgersen S, Kringlen E, Cramer V: The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. Arch. Gen. Psychiatry, Vol 58, June 2001 s 590-596.	7 s
Tousignant M, Seshadri S, Raj A: Gender and Suicide in India: a Multiperspective Approach, Suicide and Life-Threatening Behavior, vol 28, 1998, s 50-61.	12 s
Wichstrøm L & Rossow I: Explaining the Gender Difference in Self-Reported Suicide Attempts: A Nationally Representative Study of Norwegian Adolescents. Suicide And Life-Threatening Behaviour, 32(2), Summer 2002, s 101-116.	16 s
Ystgaard M, Reinholt N P, Husby J, Mehlum L: Villet egenskade blant ungdom. Tidsskrift Norsk Lægeforening, nr 16, 2003, 123: 2241-5.	5 s

ANTALL SIDER SELVVALGT PENSUM

2042 s